

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE RONDÔNIA**  
**NÚCLEO DE SAÚDE**  
**DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

**ERALDO CARLOS BATISTA**

**A SAÚDE MENTAL DO CÔNJUGE CUIDADOR FAMILIAR DA PARCEIRA EM  
SOFRIMENTO PSÍQUICO GRAVE**

**PORTO VELHO**

**2015**

**ERALDO CARLOS BATISTA**

**A SAÚDE MENTAL DO CÔNJUGE CUIDADOR FAMILIAR DA PARCEIRA EM  
SOFRIMENTO PSÍQUICO GRAVE**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado em Psicologia, como exigência parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia pela Universidade Federal de Rondônia – UNIR.

Linha de Pesquisa: Saúde e Processos Psicossociais.

Orientador: Dr. José Carlos Barboza da Silva

**PORTO VELHO**

**2015**

**FICHA CATALOGRÁFICA**  
**BIBLIOTECA PROF. ROBERTO DUARTE PIRES**

Batista, Eraldo Carlos.

B333s

A saúde mental do cônjuge cuidador familiar da parceira em sofrimento psíquico grave / Eraldo Carlos Batista. Porto Velho, 2015. 136f.

Orientador: Prof. Dr. José Carlos Barboza da Silva

Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Fundação Universidade Federal de Rondônia, Porto Velho, 2015.

1. Cuidador familiar. 2. Sofrimento psíquico. 3. Saúde mental. 4. Fenomenologia. I. Fundação Universidade Federal de Rondônia. II. Título.

CDU: 159.91

**Bibliotecária responsável: Carolina Cavalcante - CRB11/1579**

## FOLHA DE APROVAÇÃO

### A SAÚDE MENTAL DO CÔNJUGE CUIDADOR FAMILIAR DA PARCEIRA EM SOFRIMENTO PSÍQUICO GRAVE

**ERALDO CARLOS BATISTA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia (MAPSI) como exigência parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia pela Fundação Universidade Federal de Rondônia

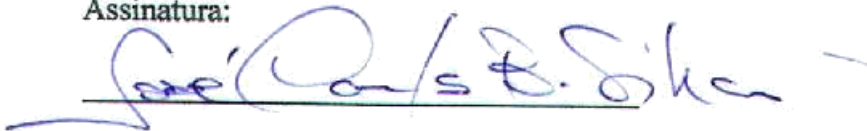
**Linha de Pesquisa:** Saúde e Processos Psicossociais.

**Orientador:** Dr. José Carlos Barboza da Silva

Banca examinadora:

Dr. José Carlos Barboza da Silva (Orientador)  
Programa de Pós-graduação em Psicologia (MAPSI/UNIR)

Assinatura:



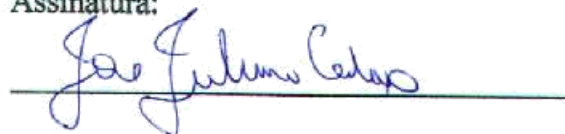
Dra. Valeska Maria Zanello de Loyola  
Instituição: Fundação Universidade de Brasília (PsiCC/UnB)

Assinatura:



Dr. José Juliano Cedaro  
Instituição: Universidade Federal de Rondônia (MAPSI/UNIR)

Assinatura:



**Dissertação aprovada em: 20/05/2015**

## **DEDICATÓRIA**

*Aos meus pais: José Batista e Sebastiana Rodrigues  
Pires, por ser um exemplo de vida para mim.*

*À minha Filha, Luana Karoline da Silva Batista, pelo  
entendimento e apoio a minha caminhada e pela  
compreensão nas minhas ausências.*

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus, por tudo, por ser meu guia, por ter me dado uma família maravilhosa e por ter colocado no meu caminho pessoas de bom coração.

Ao Professor Doutor José Carlos Barboza, por ter me aceitado como seu orientando, pelo respeito, pelos ensinamentos e contribuições ilustres desde o início dessa caminhada, dando-me oportunidade de aprender e crescer.

À UNIR, por me proporcionar todos esses anos de aprendizado.

À coordenação do MAPSI, pelo profissionalismo e por fornecer contribuições durante o processo de construção da dissertação.

Aos professores, Luís Alberto Lourenço de Matos, José Juliano Cedaro, Maria Ivonete Barbosa Tamboril, Alessandro de Oliveira dos Santos, Elizabeth A. Leonel de Moraes Martines, Ana Maria Loffredo, Ana Maria de Lima Souza, Juracy Machado Pacífico, pelos ensinamentos e dedicação ao longo desses dois anos de curso.

Aos secretários do programa, que sempre estiveram à disposição, providenciando materiais e serviços durante o curso.

Aos meus colegas do mestrado, que me auxiliaram sempre que precisei, compartilhando momentos de angústias e conquistas.

Ao meu amigo, Professor Doutor José Ricardo Feitosa, pelo incentivo, pelo auxílio e disponibilidade constante.

À Professora Doutora Alessandra Bertasi Nascimento, pelo constante incentivo ao meu desenvolvimento pessoal e profissional.

Às alunas Claudinéia dos Santos Fonseca Moreira, Marlene Nogueira Pinheiro e Verônica Rodrigues Tomaz, pelo auxílio na pesquisa de campo.

À equipe do CAPS de Rolim de Moura, pela disposição e apoio nessa pesquisa, meus sinceros agradecimentos.

Ao coordenador do CAPS de Rolim de Moura, senhor Emerson Willian Delben, que oportunizou o meu primeiro contato com os cuidadores por meio do estágio em saúde mental.

Aos cuidadores que aceitaram participar desta pesquisa, sem os quais ela não teria sido realizada.

À Secretaria Municipal de Saúde de Rolim de Moura, pelo apoio e disponibilidade dos dados referentes ao fluxo de atendimento à saúde do município.

À Professora Doutora Valeska Maria Zanello de Loyola, que trouxe contribuições valiosas para a continuidade da construção do trabalho.

Ao Professor Doutor José Juliano Cedaro, pelo exemplo de sabedoria e humanidade, por ter enriquecido este trabalho com suas observações no exame de qualificação e defesa.

Ao meu amigo Fausto Drumond de Almeida e a sua família, pelo apoio e hospitalidade em sua residência nos momentos em que precisei de um lugar para ficar.

Ao meu amigo Emanuel Sobreira Moreira, pelo auxílio quando precisei.

Ao meu amigo Genair Capelini, pelo apoio constante na minha trajetória Porto Velho/Rolim de Moura.

À minha colega de mestrado e de “batalha”, Carine Antonia Kremer, pelo companheirismo e força durante as viagens, semanalmente, a Porto Velho.

Aos meus amigos, José Aparecido da Cruz e Maria Aparecida da Silva, parceiros de estudos e incentivo à busca pelo conhecimento.

Aos meus irmãos, por sempre estarem ao meu lado, respeitando-me e apoiando-me em todos os momentos.

À Dayane Fernandes Ferreira, pelo companheirismo e dedicação, sempre ao meu lado.

Aos meus familiares, tios, primos e avós que sempre comemoraram comigo cada conquista na minha vida acadêmica.

Aos meus colegas de trabalho, pela compreensão e suporte durante o curso.

A todos aqueles que, embora não citados, contribuíram de alguma forma para o desenvolvimento deste trabalho. Muito obrigado!

*Eu vou cuidar, eu cuidarei del(a)  
Eu vou cuidar, do seu jardim  
Eu vou cuidar,  
Eu cuidarei muito bem del(a)  
Eu vou cuidar,  
Eu cuidarei do seu jantar  
Do céu e do mar  
E de você e de mim<sup>1</sup>.*

---

<sup>1</sup> Trecho adaptado da música “Os Cegos do Castelo”, de composição de Nando Reis.



## RESUMO

BATISTA, Eraldo Carlos. **A saúde mental do cônjuge cuidador familiar da parceira em sofrimento psíquico grave**. 136 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Núcleo de Saúde. Universidade Federal de Rondônia. Porto Velho, 2015.

O cenário do cuidado familiar de pessoa que se encontra em sofrimento psíquico grave tem passado por grandes transformações no decorrer da história da loucura. Contudo, é no contexto da reforma psiquiátrica, por meio do processo de desinstitucionalização, que a família passa a ocupar um lugar importante no cuidado ao indivíduo em sofrimento, ocasião em que um de seus membros assume a condição de cuidador principal, ficando responsável pelos provimentos indispensáveis ao cotidiano do familiar doente. Historicamente, esse cuidador tem sido, na maioria das vezes, uma mulher da família. Contudo, a literatura tem mostrado que é crescente o número de homens que têm a função de cuidador familiar principal de pessoas em sofrimento psíquico, entre os quais se encontram os cônjuges. Como objetivo deste estudo, buscou-se a compreensão das experiências vividas por seis cônjuges cuidadores do sexo masculino, cujas parceiras se encontram em sofrimento psíquico grave (Transtorno Psicótico), valendo-se de uma abordagem qualitativa de orientação fenomenológica, na qual foram utilizados como instrumentos para a coleta das informações a entrevista semiestruturada, a observação e o caderno de campo. Nos discursos dos participantes, podem-se perceber as dificuldades encontradas no cotidiano tais como: a garantia das necessidades básicas da família; a coordenação das atividades domésticas diárias; a administração da medicação da esposa em sofrimento; o acompanhamento aos serviços de saúde; a convivência com os comportamentos problemáticos e episódios de crise. Ainda foi possível observar que o papel do cuidador tem gerado sobrecarga física e emocional no cuidador, levando-o a um estado de adoecimento mental, fato apontado nesse estudo que se refere às questões de gênero imbricadas na construção social do cuidado como contribuição para o adoecimento mental do cuidador. Em acréscimo, observou-se que o cuidador no início da doença da esposa encontra maior dificuldade em exercer seu papel, devido à falta de compreensão da doença mental, o que leva a um estado de desesperança; que o sofrimento psíquico da esposa pode estar dificultando a relação conjugal, diminuindo a afetividade entre os cônjuges; e que existe uma visão estereotipada sobre o sofrimento psíquico, a qual influencia a vivência social dos cônjuges. Pelo exposto, o presente estudo sugere que a assistência domiciliar em saúde mental representa um importante instrumento na abordagem do cuidador familiar.

**Palavras – Chave:** Cuidador familiar. Sofrimento psíquico. Saúde mental. Cônjuge masculino.

## **ABSTRACT**

BATISTA, Eraldo Carlos. **Mental health of the husband caregiver who takes care of the spouse in severe psychological distress.** 136f. Dissertation (Master's degree in Psychology). Health Center. Center for Health, Federal University of Rondônia, Porto Velho, 2015.

The family care scenario, aimed at people who are in severe psychological distress has passed by many changes throughout the history of madness. However, it is in the psychiatric reform context, through the deinstitutionalization process, that the family comes to occupy an important place in the care of the individual in suffering, occasion where one of its members assumes the condition of main caregiver, being responsible for the essential provisions to the everyday life of the sick relative. Historically, this caregiver is, in most cases, a woman of the family. Nevertheless, literature has shown that the number of men, as main caregivers of people in psychological distress, is increasing, among which are the spouses. As objective of this study, we aimed the understanding of the experiences lived by six male spouses, who were the caregivers of their wives, who were in severe psychological distress (Psychotic Disorder), making use of a qualitative approach of phenomenological orientation, were used as instruments for data collection: the semistructured interview, observations and field notebook. In the participants' discourses, it can be noted the difficulties in the everyday life, such as: the assurance of the basic needs of the family; coordination of the daily house chores; administration of the wife medication; accompaniment to the health services; life with problematic behaviors and crisis episodes. It was even possible to observe that the role of the caregiver has generated physical and emotional burden on the spouse, leading him to a mental illness state, fact noted in this study, which refers to the gender issues intertwined in social care construction as contribution to the mental illness of the caregiver. In addition, it was observed that the caregiver at the beginning of the wife disease finds it more difficult in exercising his role, due to lack of understanding of mental illness, which leads to a state of despair; where the mental suffering of the wife may be hindering the marital relationship, thus decreasing the affection between spouses; and that there is a stereotypical view on psychological distress, which influences the social life of the spouses. For these reasons, the present study suggests that home care in mental health is an important instrument in the family caregiver approach.

**Keywords:** Family Caregiver. Psychological distress. Mental health. Male spouse.

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

APS – Atenção Primária à Saúde

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

CER – Centro Especializado em Reabilitação

CNS – Conselho Nacional de Saúde

ESF – Estratégia de Saúde da Família

GRS – Gerência Regional de Saúde

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MTSM – Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental

NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família

NAPS – Núcleos de Atenção Psicossocial

OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde

OMS – Organização Mundial da Saúde

PACS – Programa de Agentes Comunitários de saúde

PSE – Programa Saúde na Escola

RAPS – Rede de Atenção Psicossocial

RO – Rondônia

SAE – Serviço de Atendimento Especializado

SEMUSA – Secretaria Municipal de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBS – Unidade Básica de Saúde

UNIR – Universidade Federal de Rondônia

USF – Unidade Saúde da Família

## **LISTA DE QUADROS E TABELAS**

**Quadro 1** – Perfil dos cuidadores quanto: à idade, ao tempo de relacionamento, ao nível de escolaridade, ao tempo de prestação de cuidado e à profissão.

**Tabela 1** – Cobertura da Equipe de Saúde da Família na população de Rolim de Moura comparada aos outros Municípios da região, 2014.

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>12</b>
<b>1 DA IDADE CLÁSSICA À PSIQUIATRIA CONTEMPORÂNEA: A TRAJETÓRIA DO CUIDADO COM A PESSOA EM SOFRIMENTO PSÍQUICO .....</b>	<b>17</b>
1.1 Tecendo sobre os antecedentes teóricos da Reforma Psiquiátrica: uma breve contextualização.....	17
1.2 Do internamento aos cuidados da família: os desafios da Desinstitucionalização no âmbito familiar .....	21
1.3 A Reforma Psiquiátrica Brasileira e as Políticas Públicas em Saúde de Assistência à Pessoa em Sofrimento Psíquico .....	27
1.4 O Cuidado em Saúde Mental na Perspectiva Fenomenológica.....	33
<b>2 O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL NA RELAÇÃO CONJUGAL .....</b>	<b>36</b>
2.1 Contextualizando a relação conjugal.....	36
2.2 Quando o cônjuge encontra-se em sofrimento psíquico.....	38
<b>3 A SAÚDE MENTAL DO CUIDADOR FAMILIAR: UM OLHAR À LUZ DAS RELAÇÕES DE GÊNERO .....</b>	<b>42</b>
3.1 Gênero e masculinidades .....	42
3.2 Implicações da saúde mental do homem cuidador familiar .....	48
<b>4 METODOLOGIA.....</b>	<b>54</b>
4.1 O Método Fenomenológico .....	54
4.2 Local da pesquisa.....	57
4.2.1 Rede de Atenção Básica de Saúde do Município de Rolim de Moura .....	58
4.2.2 A Rede de Atenção Psicossocial – RAPS de Rolim de Moura .....	61
4.3 Participantes .....	63
4.3.1 Da composição e dos critérios de inclusão dos participantes .....	63
4.3.2 Caracterização dos participantes e contexto de cuidados .....	63
4.4 Instrumentos .....	65
4.5 Procedimentos de coleta das informações .....	66
4.6 Procedimentos de análise das informações .....	68
<b>5 COMPREENSÃO E INTERPRETAÇÃO DAS INFORMAÇÕES OBTIDAS.....</b>	<b>70</b>
5.1 O Desconhecimento do cuidador acerca do sofrimento psíquico da esposa .....	71
5.2 Dificuldades enfrentadas no cuidado cotidiano .....	74
5.3 A incapacidade de o esposo lidar com o sofrimento psíquico.....	77
5.4 A Sobrecarga familiar e o adoecimento do cuidador .....	79
5.5 O Impacto da doença na relação conjugal .....	85

<b>5.6 Desesperança e ausência de perspectivas de vida do cuidador .....</b>	<b>89</b>
<b>5.7 O preconceito e a exclusão social vivenciados pelo cuidador .....</b>	<b>90</b>
<b>5.8 O Sentimento de culpa do cuidador pelo adoecimento da esposa .....</b>	<b>92</b>
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>95</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>98</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>108</b>
<b>Apêndice A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE .....</b>	<b>109</b>
<b>Apêndice B – Roteiro de Entrevista ao Participante.....</b>	<b>110</b>
<b>Apêndice C – Localização geográfica de Rolim de Moura no Estado de Rondônia .....</b>	<b>111</b>
<b>Apêndice D – Mapa do Estado de Rondônia com as sete Regiões de Saúde e População por Região .....</b>	<b>112</b>
<b>Apêndice E – Fluxo atual de atendimento dos Municípios de abrangência da V Gerência Regional de Saúde.....</b>	<b>113</b>
<b>Apêndice F – Fluxo atual de atendimento da saúde do Município de Rolim de Moura – RO .....</b>	<b>114</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>115</b>
<b>Anexo 1 – Carta de Encaminhamento à Instituição Sediadora .....</b>	<b>116</b>
<b>Anexo 2 – Carta de Anuência da Instituição Sediadora da Pesquisa .....</b>	<b>117</b>
<b>Anexo 3 – Parecer Consubstanciado do CEP .....</b>	<b>118</b>
<b>Anexo 4 – Entrevistas .....</b>	<b>121</b>
<i>Transcrição das entrevistas – Cuidador 1 .....</i>	<i>121</i>
<i>Transcrição das entrevistas – Cuidador 2 .....</i>	<i>123</i>
<i>Transcrição das entrevistas – Cuidador 3 .....</i>	<i>126</i>
<i>Transcrição das entrevistas – Cuidador 4 .....</i>	<i>128</i>
<i>Transcrição das entrevistas – Cuidador 5 .....</i>	<i>130</i>
<i>Transcrição das entrevistas – Cuidador 6 .....</i>	<i>131</i>

## INTRODUÇÃO

Pesquisar é sempre um desafio. É mergulhar em um imenso oceano de informações em busca de respostas para anseios e indagações pessoais. É transformar aquelas indagações que percorrem o interior de uma visão do senso comum, para as quais tanto se deseja encontrar respostas, em comprovações científicas. E essa busca não acontece ao acaso, quase sempre a pesquisa está imbricada à história do pesquisador, ou seja, a escolha de uma temática a ser investigada tem em seu núcleo questões pessoais e/ou profissionais do pesquisador.

A idealização e a realização deste trabalho não diferem do que foi postulado. O tema desta pesquisa já estava escolhido quando surgiu o interesse em participar do processo seletivo para inserção no mestrado. Após a aprovação, apenas foi delimitada, com a ajuda do orientador, a temática para a escolha do objeto de pesquisa.

Essa trajetória começou ainda na Graduação em Psicologia, mais precisamente no último ano do curso, quando surgiu oportunidade de fazer um estágio em saúde mental num Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) da cidade de Rolim de Moura - RO. Nesse estágio, o tempo foi entre a ocupação no setor administrativo (recepção) e em uma oficina terapêutica com música. Com isso, o contato direto com os usuários e seus respectivos cuidadores gerou neste pesquisador uma série de questionamentos acerca do relacionamento entre ambos, principalmente daqueles que eram cônjuges.

A partir dessas experiências, foram vivenciados momentos de indagações que conduziram à realização desta investigação, motivando o interesse por estudar de forma sistemática, o cuidado daqueles que se dedicam a zelar pelo cônjuge em sofrimento psíquico grave.

Contudo, um fato que chamou atenção foi a constatação de existência de cuidadores familiares do sexo masculino que acompanhavam suas esposas ao atendimento no CAPS. Embora esse grupo fosse menor do que o de cuidadores do sexo feminino, pode-se observar o quanto se dispunha à tarefa do cuidar e como eram grandes suas dificuldades.

Esse fato provocou várias indagações, quais sejam: Como é a administração do tempo desse homem para a execução dos seus trabalhos profissionais em consonância com os domésticos? Como ele lida com abdicação da sua vida social em prol do cuidado da esposa? Como será a qualidade da vida conjugal desses cuidadores e, principalmente, como se daria o relacionamento conjugal desses cônjuges em detrimento do adoecimento da esposa? Que influências as relações de gênero poderiam estar imbricadas no ato de cuidar desses homens? Esses pontos foram os motivadores à busca de respostas, apontando a trilha da pesquisa para a

área da saúde mental, especificamente para as vivências no cotidiano dos cuidadores familiares/cônjuges do sexo masculino.

A fim de conhecer um pouco mais sobre a temática e elaborar a proposta de pesquisa para o processo seletivo do mestrado acadêmico da Universidade Federal de Rondônia (UNIR), de acordo com o que se recomenda, fez-se uma pequena busca exploratória na literatura especializada. As informações encontradas nessa revisão vieram a confirmar a escolha de pesquisa.

De acordo com o levantamento, foi possível constatar que as mudanças ocorridas no campo da saúde mental, ao longo do tempo, não só provocaram mudanças no modelo de atendimento ao usuário como também proporcionaram uma reflexão sobre o papel desempenhado pelo cuidador familiar nesse percurso. Por meio da implementação do atendimento psiquiátrico comunitário, foi ampliada a participação dos familiares no tratamento dos pacientes em sofrimento psíquico. Contudo, a literatura aponta que a maioria dos cuidadores familiares desses pacientes é formada por mulheres (LACCHINI, 2011; SANT'ANA *et al.*, 2011; DIAS, 2011; CARDOSO; GALERA; VIEIRA, 2012; SILVA; DIMENSTEIN; LEITE, 2013; BATISTA *et al.*, 2013).

Tornar-se cuidadora de um membro familiar acometido por doenças é um processo “naturalizado” na vida da mulher. Isso porque, tradicionalmente, cuidar dos indivíduos que possuem alguma incapacidade, principalmente daqueles que fazem parte do círculo familiar, tem sido a responsabilidade das mulheres (BATISTA *et al.*, 2013).

Essas questões demonstram a relação que a produção histórica do cuidado mantém com a divisão social do trabalho presente na sociedade moderna, a partir do século XVIII, quando a divisão de gênero do trabalho estabeleceu lugares sociais conforme o sexo, forjando-se, assim, uma hierarquia entre as pessoas, a partir do gênero (ROSA, 2011). Nesse contexto, a função da mulher na esfera do trabalho foi associada ao âmbito privado doméstico (SEVERO *et al.*, 2007). A mulher passa, então, a ser responsável pelas funções domésticas de educadora e de prestadora de cuidados para o homem e seus filhos (ROSA, 2011).

Estudo realizado por Silva, Dimenstein e Leite (2013), com onze cuidadores familiares, moradores da zona rural das cidades de Cajazeiras, Bom Jesus e Joca Claudino, do alto sertão do Estado da Paraíba, mostrou que as mulheres, além de agricultoras, acumulam as funções de cuidadoras dos familiares em tratamento psiquiátrico e dos afazeres domésticos. Para Rosa (2011), embora os parentes consanguíneos colaborem para efetivação do cuidado, nem todos contribuem proporcionalmente. Enquanto as mulheres oferecem um cuidado mais afetivo, os homens geralmente se encarregam da garantia do alimento ou da compra de outros mantimentos



para a casa, assumindo a condição de provedor da unidade doméstica (ROSA, 2011; SILVA; DIMENSTEIN; LEITE, 2013).

Entretanto, o número de homens que desempenham papel de cuidadores vem crescendo, embora pouca atenção tenha sido dada a eles nos estudos (BATISTA *et al.*, 2013). No campo da saúde mental, estudos que abordam a questão do homem como cuidador familiar principal tem sido pouco evidenciados; os números são ainda menos expressivos quando o cuidador é o cônjuge. Nesse aspecto, o presente estudo busca avançar, no sentido de trazer visões mais abrangentes do cuidador familiar no campo da saúde mental, a partir da possibilidade de criação de espaço para dar voz ao homem, que na literatura tem permanecido como figura marginal no âmbito do cuidado.

Quando se trata de sofrimento psíquico grave da esposa, em muitos casos é o marido que assume o papel de cuidador. Os cônjuges são os principais atores a assumirem o cuidado, movidos principalmente por uma "obrigação matrimonial", pelo projeto de vida comum assumido pelo casamento e o compromisso de estar junto na saúde e na doença (CATTANI; GIRARDON-PERLINI, 2004).

Ao exercer essa nova função, o esposo amplia os papéis assumidos na família, uma vez que ele passa a desempenhar uma série de funções dentro de casa. Nesse sentido, observa-se que há também uma carência de estudos empíricos e sistemáticos acerca dos fatores associados ao grau de adoecimento mental dos cuidadores familiares, avaliados separadamente nos grupos de homens e mulheres cuidadores

Dessa forma, a realização desta pesquisa, em âmbito geral, traz contribuições para a produção de conhecimento em saúde mental, em especial no que se refere ao campo das políticas públicas de saúde voltadas ao cuidador familiar do sexo masculino. Considerando que existe uma escassez de pesquisas que abordam papel do homem como cuidador principal, a relevância desses estudos se dá pelo avanço do conhecimento sobre a percepção do cônjuge a respeito do sofrimento psíquico grave da esposa na relação conjugal.

Dessa maneira, este estudo busca aprofundar o conhecimento sobre a forma como se processam as relações de cuidado à pessoa em sofrimento, e uma perspectiva fenomenológica, a partir da experiência vivida pelo cuidador. Com base nessa premissa, a presente pesquisa surge da seguinte indagação: Como a relação conjugal é vivenciada pelo cuidador familiar de parceira em sofrimento psíquico grave?

Tal interrogação traz, em si, a inquietação em relação ao fenômeno a ser desvelado; a situação vivenciada pelo cuidador familiar cônjuge do sexo masculino, suas dificuldades e a sua percepção sobre o cuidado.

Para responder a essas questões, o presente trabalho de pesquisa teve como objetivo geral: Compreender as experiências vividas pelo esposo cuidador familiar na relação conjugal, cuja parceira encontra-se em tratamento psiquiátrico. E, como objetivos específicos: Conhecer a história de vida do cuidador familiar; Descrever como o cuidador se percebe na relação conjugal; Entender a dinâmica do relacionamento conjugal, a partir dos relatos do cuidador, cuja parceira se encontra em sofrimento psíquico; Entender se a dinâmica do relacionamento conjugal contribui para o adoecimento psíquico do cuidador; e Compreender como o cuidador responde às mudanças na relação conjugal como um resultado de um processo contínuo de sofrimento psíquico grave da parceira.

Sendo assim, este trabalho está organizado da seguinte maneira: após esta introdução, a primeira seção discute a mudança da relação de familiares com o louco em sofrimento, quando se traçou um breve histórico desse processo, destacando a concepção da loucura e sua forma de tratá-la e discutindo o papel da família como cuidadora da pessoa em sofrimento psíquico desde o período clássico até o início do movimento psiquiátrico. Destacam-se, ainda, o movimento da desinstitucionalização e seu impacto na família e as estratégias de atendimento à pessoa em sofrimento psíquico, como a atribuição do seu cuidado a sua família, criada no âmbito da Reforma Psiquiátrica brasileira com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) e com a criação do CAPS. Em complemento à discussão, buscou-se apresentar as contribuições da Fenomenologia à Psiquiatria e ao cuidado da pessoa com transtorno mental.

A segunda seção teórica propõe uma discussão sobre as implicações do sofrimento psíquico na relação conjugal. Em seu desenvolvimento, procurou-se discutir sobre o sofrimento psíquico vivido por um dos cônjuges na relação e sua possível influência à saúde mental do cuidador.

A terceira seção debate sobre a saúde mental do cuidador a partir das relações de gênero. Nessa etapa, foi discutida a construção social do gênero e, por meio dessa perspectiva, buscou-se problematizar os aspectos da masculinidade que podem comprometer a saúde do homem.

Na metodologia, quarta seção, foi utilizada a pesquisa qualitativa de orientação fenomenológica, tendo como instrumento metodológico a entrevista semiestruturada, e a observação. Para a análise das informações obtidas, utilizou-se a análise temática com base no método de análise fenomenológico proposto por Sanders (1982).

Na quinta seção do trabalho, foram descritos e analisados os resultados produzidos pela pesquisa de acordo com os eixos temáticos emergidos dos relatos dos participantes, seguindo os passos do método fenomenológico. Desse modo, foram organizadas oito temáticas que delimitaram as estruturas das experiências vividas pelo cuidador na vida conjugal.

Na sexta seção, foram feitas as considerações finais do trabalho. Após chegar aos resultados, resgatou-se a teoria, de forma a discutir o que foi relevante na investigação, e foram retomadas e discutidas as questões propostas no início deste trabalho, buscando respondê-las, refletindo sobre os resultados encontrados nas categorias que sintetizaram os depoimentos dos colaboradores.

Nas considerações finais, destacam-se as vivências do cuidar da pessoa em sofrimento psíquico, apresentadas a partir dos próprios relatos dos cuidadores no âmbito da saúde mental, bem como as implicações da doença mental no relacionamento conjugal. Também foram apresentadas as conclusões do autor desta pesquisa sobre os achados e os objetivos alcançados, as lacunas existentes no estudo e alguns apontamentos, bem como sugestões para possíveis intervenções nessa população.

# 1 DA IDADE CLÁSSICA À PSIQUIATRIA CONTEMPORÂNEA: A TRAJETÓRIA DO CUIDADO COM A PESSOA EM SOFRIMENTO PSÍQUICO

## 1.1 Tecendo sobre os antecedentes teóricos da Reforma Psiquiátrica: uma breve contextualização

*Cuidar é mais que um ato; é uma atitude.  
Portanto, abrange mais que um momento de atenção.  
Representa uma atitude de ocupação, preocupação,  
de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro<sup>2</sup>.  
(Leonardo Boff)*

No modelo atual de atenção e reabilitação psicossocial<sup>3</sup> na saúde mental, o cuidado à pessoa em sofrimento psíquico ocupa um lugar primordial nas práticas de saúde da Reforma Psiquiátrica, a qual surgiu no sentido de questionar a instituição asilar e o modelo hospitalocêntrico. Assim, o cuidado tem denotação de humanização, reabilitação ativa e inclusão social na psiquiatria contemporânea. Entretanto, os antecedentes teóricos da Reforma Psiquiátrica têm mostrado que o cuidado à pessoa em sofrimento psíquico era quase inexistente.

Até a primeira metade do século XX, a assistência ao doente mental apresentava-se de forma centrada nos hospitais psiquiátricos, cujo modelo de atenção restringia-se à internação e medicalização dos sintomas demonstrados pelo doente mental, excluindo-o dos vínculos, das interações, de tudo o que se configurava como elemento e produto de seu conhecimento (COLVERO; IDE; ROLIM, 2004).

Em face dessas evidências, considera-se necessário compreender como a saúde mental foi concebida para entender suas influências nas mudanças ocorridas na trajetória da psiquiatria que convergiram em novos modelos, enquanto saberes e práticas até a atualidade. Sendo assim,

<sup>2</sup> Com fundamento no pensamento de Martin Heidegger, o autor diz que o cuidado deve ser entendido como um fenômeno ontológico-existencial básico. Ou seja, como um fenômeno que dá possibilidade à existência humana como humana. Nesse sentido, o homem é um ser de cuidado que é um modo de ser, particular, do homem. Sem cuidado deixamos de ser humanos. BOFF L. **Saber cuidar: ética do humano: compaixão pela terra**. Petrópolis: Vozes; 1999.

<sup>3</sup> No Brasil, a Reabilitação Psicossocial foi regulamentada com a publicação da Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, que “dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental”, definindo, em seu Artigo 5º, que: “O paciente há longo tempo hospitalizado ou para o qual se caracterize situação de grave dependência institucional, decorrente de seu quadro clínico ou de ausência de suporte social, será objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, sob responsabilidade da autoridade sanitária competente e supervisão de instância a ser definida pelo Poder Executivo, assegurada a continuidade do tratamento, quando necessário” (BRASIL, 2001).

é preciso um retorno à Idade Clássica<sup>4</sup> como ponto de partida. Para tanto, tomar-se-á como fio condutor a obra “História da Loucura na Idade Clássica”, de Michel Foucault, que representa um marco para o estudo do nascimento da psiquiatria e das práticas médicas de intervenção sobre a loucura.

A loucura na Idade Clássica ocupou um espaço moral de segregação e exclusão. Nesse período, a loucura era associada à vagabundagem. Uma das medidas tomadas para evitar que o louco ficasse vagando pela cidade era transportá-lo para outra cidade. Assim, os insanos viviam em plena condição de peregrinação. Ou seja, perambulavam de cidade em cidade por meio de embarcações, que levavam sua carga insana de uma cidade para outra (FOUCAULT, 2013a). Diante das marcas de uma cultura excludente, “a representação da loucura na Idade Clássica advém, como existência nômade, por meio da ‘Nau dos Loucos e dos Insensatos’” (AMARANTE, 1995, p. 23).

Esse costume era frequente em alguns países da Europa, durante a primeira metade do século XV, como afirma Michel Foucault:

Os loucos tinham então uma existência facilmente errante. As cidades escorraçavam-nos de seus muros; deixava-se que corressem pelos campos distantes, quando não eram confiados a grupos de mercadores e peregrinos [...] é possível supor que em cidades importantes – lugares de passagem e de feiras – os loucos eram levados pelos mercadores e marinheiros em número bem considerável, e que eles eram ali ‘perdidos’ purificando-se assim de sua presença a cidade de onde eram originários (FOUCAULT, 2013a, p. 09-11).

Frequentemente, barqueiros eram encarregados de livrar a cidade de um louco detido pelas autoridades. A partir do século XVII, criaram-se vastas casas de internamento. Nesse período, na França, a cada cem habitantes, um era internado por alguns meses em umas delas.

A partir da metade do Século XVII, a loucura esteve ligada a essa terra de internamentos, e ao gesto que lhe designava essa terra como seu local natural. E é entre os muros do internamento que Pinel e a psiquiatria do século XIX encontrarão os loucos (FOUCAULT, 2013a, p. 48).

Eram nessas casas que recolhiam, alojavam e alimentavam aqueles que se apresentavam de espontânea vontade ou aqueles que para lá eram encaminhados pela autoridade real ou judiciária. Em face desse complexo cotidiano, compreende-se que os dispositivos<sup>5</sup>,

<sup>4</sup> A definição de Idade Clássica utilizada será a da arqueologia das ciências humanas, postulada por Michel Foucault, que apresenta três períodos: o Renascimento, a Idade Clássica e a Modernidade. O período do Renascimento, que vai até o século XVI; o período clássico, que compreende do fim do século XVI ao início do século XVIII; e o período da modernidade, que se inicia a partir do fim do século XVIII.

<sup>5</sup> Para Foucault (1992, p. 244), dispositivo é “[...] um conjunto heterogêneo que engloba discurso, instituições, organizações arquitetônicas, decisões regulamentares, leis, medidas administrativas, enunciados científicos, proposições filosóficas, morais, filantrópicas. Em suma, o dito e o não dito são os elementos do dispositivo. O dispositivo é a rede que se pode estabelecer entre estes elementos”.

principalmente normativos, eram utilizados para constituir indivíduos adaptados à ordem, por intermédio da abolição de condutas inaceitáveis e pela produção de novas características comportamentais (COSTA, 1979).

Nesse período, o enclausuramento não possui uma conotação de medicalização. O olhar sobre a loucura não é, portanto, diferenciador das outras categorias marginais, mas o critério que marca a exclusão dessas categorias está se referindo à figura da desrazão (AMARANTE, 1995). Nesse sentido, a doença mental era utilizada como instrumento de apropriação ou de alienação do homem (MELMAN, 2001). O internamento na Idade Clássica é baseado em uma prática de ‘proteção’ e guarda, enquanto no século XVIII ganha características médicas e terapêuticas.

Nesse contexto, observa-se que a loucura, inscrita no universo de diferença simbólica, percebe um lugar social reconhecido no universo da verdade. Porém, surge uma nova fase na história da loucura na qual se organiza um lugar de encarceramento, morte e exclusão para o louco. Esse movimento é marcado pela constituição da medicina mental como campo teórico/prático (AMARANTE, 1995).

É a partir da transformação social da loucura que ela ganha um olhar científico e passa ser considerada como um objeto de conhecimento: a “doença mental”. Tal passagem tem no dispositivo de medicalização e terapeutização a marca histórica de constituição da prática médica psiquiátrica (AMARANTE, 1995).

Neste momento histórico acontecem grandes transformações, algumas delas ocorreram nos hospitais. Anteriormente ao século XVIII, o hospital geral não é, em sua origem, uma instituição médica, mas se ocupa de uma ordem social de exclusão e assistência para os desafortunados e abandonados pela sorte divina e material. Sua função essencial era prestar assistência aos pobres e, também, separá-los e excluí-los. Pobre e doente eram perigosos e, por razões como essa, o hospital deveria estar presente, tanto para recolhê-lo, quanto para proteger os outros do perigo que ele encarnava (FOUCAULT, 1992). Ou seja, o hospital caracterizava-se como um misto de casa de correção, caridade e hospedaria.

Cabe aqui acrescentar que o hospital, inicialmente, foi criado como instituição de caridade. Seu objetivo era oferecer abrigo, alimentação e assistência religiosa aos pobres, mendigos, miseráveis, desabrigados e doentes. Daí surge a expressão ‘hospital’ que em latim significa hospedagem, hospedaria, hospitalidade (AMARANTE, 2007).

Ao longo da Idade Clássica, a prática clínica foi se transformando, com a reorganização dos hospitais como espaço clínico, em uma ciência das entidades patológicas. O hospital se transforma em uma instituição medicalizada, pela ação sistemática e dominante da disciplina,

da organização e esquadramento médicos (FOUCAULT, 2013b).

É assim, da eliminação da doença no corpo dos indivíduos, que nasce a ideia de saúde na medicina moderna. O internamento ganha nova significação; tornou-se medida de caráter médico. Agora não é mais só espaço de exclusão social, como também espaço de tratamento. A loucura tornou-se objeto médico: ganhou valor de doença (YASUÍ, 2010).

No final do século XVIII, surge a medicina moderna por meio do médico clínico que tem em Pinel sua principal e primeira expressão na psiquiatria. Contudo, as antigas práticas de internamento não foram rompidas, ao contrário, elas se estreitaram em torno do louco. O século XIX é marcado pelo movimento da medicalização e institucionalização das práticas terapêuticas; o tratamento do doente mental passa se dá em grandes asilos, afastando-o de sua comunidade (COLVERO; IDE; ROLIM, 2004).

Nesse período, a obra de Pinel, estruturada pelo tratamento moral, representa o primeiro e mais importante passo histórico para a medicalização do hospital. O primeiro passo para o tratamento, de acordo com Pinel, seria o isolamento do mundo exterior, a institucionalização (AMARANTE, 2007). Nota-se que é a partir de Pinel que se dá a primeira reforma da instituição hospitalar, com a fundação da psiquiatria e do hospital psiquiátrico.

Entretanto, o modelo pineliano de saber psiquiátrico foi duramente criticado pelo seu caráter fechado e autoritário. “Pinel, depois de ter ‘libertado os acorrentados’, reconstituiu em torno deles um encadeamento moral, que transformou o asilo numa espécie de instância de julgamento [...]” (YASUÍ, 2010, p. 85). O referido autor ainda acrescenta que “nesse modelo o médico estava encarregado de efetuar mais um controle moral do que uma intervenção terapêutica” (p. 86).

Com o objetivo de reformular o modelo pineliano, que era de caráter asilar, começaram a surgir outros modelos de reforma. A primeira tentativa foi o projeto das colônias de alienados e, em seguida, das comunidades terapêuticas (AMARANTE, 2007). Nota-se, então, que a família do doente, nos primórdios da psiquiatria, permanecia totalmente alheia e sem participar ou interessar-se pelo “tratamento” que era oferecido ao seu familiar. Nessa relação, a família agradecida dependia da instituição que a aliviava dos problemas que o doente mental lhe trazia (COLVERO, 2002).

Após a Segunda Guerra Mundial, com o surgimento do Estado de Bem-estar Social<sup>6</sup>, evidenciou-se uma maior preocupação com as políticas sociais. Nesse contexto, a instituição

---

<sup>6</sup> Também conhecido por sua denominação em inglês, *Welfare State*, designa o Estado assistencial que garante padrões mínimos de renda, alimentação, saúde, alojamento e instrução a qualquer cidadão como um direito político e não como caridade (WILENSKI, 1975).

manicomial foi problematizada como um lugar de produção de doença mental (DIMENSTEIN *et al.*, 2009).

Uma das modificações que ocorreram no final da Segunda Guerra mundial foi a diminuição da distância entre homens e mulheres, modificando as práticas sociais, trazendo mais oportunidades para elas ganharem autonomia, reduzindo as hierarquias de gênero. O movimento feminista se intensificou na luta contra o poder dos homens na subordinação das mulheres, embora as distinções entre papéis femininos e masculinos ainda continuassem nítidas (BASSANEZI, 2000).

No campo da medicina, a psiquiatria vai deixar as grandes anomalias e voltar para a saúde mental e a sociedade, ao voltar seu olhar para os hospícios, descobre que as condições de vida oferecidas aos pacientes psiquiátricos assemelhavam-se àquelas do campo de concentração. Esse período pode ser identificado como um “divisor de águas” entre dois grandes movimentos que assinalaram a evolução dos modelos da assistência psiquiátrica (COLVERO; IDE; ROLIM, 2004; AMARANTE, 2007; YASUÍ, 2010).

Nesse sentido, na segunda metade do século XX, surge um movimento contrário à psiquiatria clássica, orientado pelo esforço da desinstitucionalização, no qual a pessoa em sofrimento psíquico deveria deixar os hospitais e retornar à sua comunidade. Sob o ponto de vista da desinstitucionalização, como um paradigma emergente, a família assume seu papel como cuidadora do seu membro em sofrimento psíquico.

## **1.2 Do internamento aos cuidados da família: os desafios da Desinstitucionalização no âmbito familiar**

De modo geral, a desinstitucionalização é caracterizada como um modelo de desconstrução lenta e gradual de todos os preceitos do Hospital Psiquiátrico e de construção, fora do mesmo, de novos serviços que tivessem uma lógica inversa à da exclusão, do internamento, da opressão, própria dos Hospitais Psiquiátricos (ROTELLI *et al.*, 1990). Ela é definida com base em três componentes essenciais: a diminuição das admissões hospitalares pela provisão de serviços comunitários; a desospitalização, após preparação, de pacientes internados por longos períodos; a criação e manutenção de uma rede de serviços na comunidade para atender a esses pacientes (VIDAL; BANDEIRA; GONTIJO, 2008).

Para Melman (2001), o fenômeno da desinstitucionalização introduziu novos elementos no campo de negociação entre famílias e no campo da saúde mental e tal condição levou as partes a uma rediscussão de uma nova relação. E, nessa nova conjuntura, a família passa a



ocupar um lugar primordial no processo de cuidado do membro em tratamento psiquiátrico. Desse modo, a desospitalização e o movimento da Reforma Psiquiátrica configuraram uma nova realidade e um número maior de pessoas passaram a ser assistidas em serviços extrahospitais.

Ainda de acordo com o referido autor:

As famílias se viram estimuladas e pressionadas a voltar a assumir a responsabilidade pelo cuidado de seus membros doentes. A presença do usuário na comunidade demandava a criação de dispositivos terapêuticos mais complexos e eficazes para enfrentar necessidades mais complexas e abrangentes de existência cotidiana dos pacientes psiquiátricos no espaço social (MELMAN, 2001, p. 61).

Observa-se que, a partir do movimento da Reforma Psiquiátrica, a família passa a ser um agente central no tratamento da pessoa em sofrimento psíquico grave, pois os “loucos” voltam a conviver na sociedade e no âmbito familiar. Na verdade, espera-se da família uma retomada à responsabilização pelos seus familiares portadores de transtornos mentais.

Outro fator importante a se destacar diz respeito às mudanças ocorridas no campo teórico e do saber médico sobre o papel da família como cuidadora do doente mental, já que ela também é marcada, tradicionalmente, pelo discurso e pelas práticas médicas. De acordo com Severo *et al.* (2007), as relações entre a família e o indivíduo em sofrimento psíquico foram ganhando novas formas a partir das produções científicas e culturais em torno da loucura. Se nos dias atuais a família é vista como importante aliada ao assistencialismo em relação ao paciente em sofrimento psíquico, anteriormente, contrário a esse paradigma, o paciente era visto como ameaçador para a família.

Melman (2001) afirma que, historicamente, o aprisionamento do louco em hospitais psiquiátricos foi justificado por teorias médicas que defendiam a necessidade do isolamento da família, ora explicando que a família precisava ser protegida da loucura, prevenindo-a das influências negativas, como indisciplina e desordem moral, ora porque a família foi tomada como propiciadora de doença mental.

Observa-se que a família, ora era protegida da loucura, ora era vista como causa do adoecimento, como afirma Donzelot (1986, p. 106), quando diz que: “a família, mais do que o doente [...] torna-se, portanto, o verdadeiro lugar da doença, e o médico psiquiatra é o único a poder discriminar, nessa patologia, o que compete à disciplina ou ao tratamento orgânico”.

Essa teoria serviu para sustentar a institucionalização do louco, como foi afirmado anteriormente, pois, desde os primeiros anos do alienismo, o hospital psiquiátrico era visto como melhor remédio terapêutico para a alienação mental. Porém, pouco tempo depois,

Esquirol listou as cinco funções do hospício, entre elas: garantir a segurança pessoal do louco e da sua família (AMARANTE, 2007).

No campo da política pública em saúde mental, esse modelo ganhou sustentação nas teorias psicológicas que responsabilizavam a família pelo transtorno mental ou mesmo isolavam a loucura do convívio familiar para a proteção da sociedade e dos outros membros da família. Tal compreensão foi e ainda é mantida por muitos estudiosos no campo da saúde mental que ainda têm como foco a relação causal entre família e sofrimento psíquico.

Nesse sentido, Severo *et al.* (2007) afirmam que os saberes *psi*, incluindo a psiquiatria, as teorias psicológicas e psicanalíticas vão, tradicionalmente, fornecer inúmeras explicações que atribuem à família as origens de patologias individuais, responsabilizando-a pelos conflitos sociais existentes e pelas doenças ou desordens sociais que os indivíduos apresentam. Nessa linha de pensamento, vincula-se a ideia de que família, por meio das suas relações, funciona como fator determinante para o surgimento da doença mental em um dos seus membros.

Em outra linha, em contraste com os paradigmas anteriores, as famílias de pessoas em sofrimento psíquico não são hoje percebidas como causas, mas como fortes aliadas no enfrentamento à doença mental. Diferentemente do que ocorria em outros momentos históricos, no processo da Reforma Psiquiátrica, principalmente na década de 1990, a família do paciente em sofrimento psíquico adquire papel central, mais como parceira e apoio para a reabilitação do que como principal responsável pelo processo de sofrimento psíquico (VECCHIA; MARTINS, 2006).

Além disso, em oposição a essas teorias que responsabilizam a família pelo adoecimento do paciente, a literatura dos últimos anos apresenta um movimento que se afasta do modelo da família patogênica, para se aproximar do modelo de enfrentamento e competência familiar (CAMPOS; SOARES, 2005). Esse movimento surge na era da desinstitucionalização e do tratamento comunitário, quando a família passa a ser vista como forte aliada na recuperação do paciente em sofrimento psíquico e na prevenção de sua cronificação (MELMAN, 2001).

Esse entendimento foi bem visto por diversos países e ampliou a participação dos familiares no tratamento dos pacientes psiquiátricos. Os familiares, principalmente as mulheres, no seu cotidiano passaram a atender às necessidades básicas dos pacientes, coordenar suas atividades diárias, administrar sua medicação, acompanhá-los aos serviços de saúde (BARROSO; BANDEIRA; NASCIMENTO, 2009).

Porém, as famílias estão pouco preparadas para cuidar do indivíduo que se encontra em sofrimento psíquico, distanciando-se daquilo que é proposto em saúde mental. Ou seja, nem sempre a família tem condições de assumir os cuidados. Cuidar de um membro em sofrimento

psíquico grave, sobretudo nas crises psiquiátricas, implica grandes esforços da família, pois, em determinadas circunstâncias, ao transtorno mental grave associa-se a perda de determinadas habilidades psicomotoras exigindo, cotidianamente, cuidados físicos e higiênicos e o acompanhamento à saúde da pessoa que se encontra doente (ROSA, 2011).

No entanto, muitos são os esforços empreendidos pela sociedade para reparar os danos causados pelos muitos que prevaleceram o preconceito e a exclusão daqueles que foram considerados “loucos” na cultura brasileira.

A desinstitucionalização foi a principal alternativa para a desconstrução das práticas manicomiais, visando o cuidado em liberdade. Esse movimento visa transformar as relações que a sociedade, os sujeitos e as instituições estabeleceram com a loucura, com o louco e com a doença mental, no sentido de que conduzam à superação do estigma, da segregação e da desqualificação dos sujeitos, estabelecendo com eles uma relação de coexistência, de troca, de solidariedade, de positividade e de cuidados (AMARANTE, 1997).

Constituindo um processo permanente de mudanças organizacionais, tecnocientíficas e práticas, voltadas para a humanização dos usuários de saúde mental, a desinstitucionalização é direcionada para reconstruir o que o manicômio modificou ou destruiu, tendo como foco a pessoa humana, considerando as necessidades da sua existência em sofrimento, trazendo agora uma terapêutica possível, com liberdade de escolhas e trocas na sociedade (DUTRA; ROCHA, 2011).

O desafio de cuidar dessa pessoa passa por estratégias de construções diárias de novas possibilidades de viver e um dos efeitos do processo histórico de desinstitucionalização foi a preocupação sobre seu impacto às famílias, contribuindo para que elas adotem ou não as propostas e ações de transformação do modelo de atenção em saúde mental. Essa preocupação impulsionou, nas últimas décadas, estudos sobre as consequências das doenças psiquiátricas para a família (CAMPOS; SOARES, 2005).

A vida dos familiares como cuidadores tem sofrido alterações na sua rotina cotidiana, na organização social e de trabalho e até mesmo nas relações familiares entre os membros, a partir do momento em que a manutenção do cuidado em saúde mental deslocou-se das instituições de saúde para o lar desses pacientes. (CARDOSO; GALERA; VIEIRA, 2012).

Por outro lado, a vida da pessoa desinstitucionalizada passa por um processo de reelaboração, quando se dá a retomada de sua vida com a sociedade e seus familiares. Nessa etapa, ela modifica sua maneira de viver através das trocas estabelecidas com outras pessoas ou instituições. Desse modo, a pessoa em sofrimento mental deixa de ser objeto de intervenção

para tornar-se agente de mudanças de uma nova realidade, para edificar o sentido de cidadania e o movimento, então, passa a circular em todas as instâncias (AMARANTE, 1995).

Essas mudanças na vida desse indivíduo ocorrem permeadas não só de benefícios alcançados, mas, sobretudo, de dificuldades a serem superadas. A superação das dificuldades faz parte do processo de desinstitucionalização, no sentido de que se produz ao mesmo tempo em que fortalece esses cidadãos para a vida (DUTRA; ROCHA, 2011).

É nessa conjuntura que se dá a construção da reabilitação psicossocial. Contudo, as expectativas e os desejos de reconstrução da vida exigem do sujeito ex-interno adaptação ao novo ambiente e, concomitantemente, a família também precisa se adaptar à nova convivência com a chegada desse membro. A permanência desse paciente em casa requer um cuidado prático e contínuo alterando o cotidiano da família.

Passam, então, a fazer parte da rotina familiar:

Garantir as suas necessidades básicas; coordenar suas atividades diárias; administrar sua medicação; acompanhá-los aos serviços de saúde; lidar com seus comportamentos problemáticos e episódios de crise; fornecer-lhes suporte social; arcar com seus gastos; e superar as dificuldades dessas tarefas e seu impacto na vida social e profissional do familiar (BARROSO; BANDEIRA; NASCIMENTO, 2009, p. 1957).

Assim, a doença mental representa um grande impacto para a família, provocando desorganizações nas formas habituais de lidar com situações do cotidiano, na medida em que a família enfrenta as alterações de comportamento do familiar e passa a assumir o cuidado dele, a responder às demandas dessa função (CAMPOS; SOARES, 2005). A família é, na maioria das vezes, o suporte de acolhimento do doente mental, além dos demais profissionais de saúde que atuam na rede de saúde mental. Ela passa a conviver mais de perto com o paciente em sofrimento psíquico, situação que tende a gerar mais dificuldades no relacionamento, sofrimentos e, por vezes, reinternações do doente (SANT'ANA *et al.*, 2011).

Essa alteração na convivência familiar gera uma atmosfera de tensão e de reprodução no grupo familiar e promove conflitos e sensações de impotência e incapacidade, tornando, na maioria das vezes, inviável a construção de alternativas no cotidiano da família (SEVERO *et al.*, 2007). Nesse sentido, a convivência com a doença mental pode tornar doentias as relações familiares.

Em outras situações, a responsabilidade de cuidar é potencializada pela falta de esclarecimentos e informações por parte do sistema de saúde, que não fornece respostas definitivas sobre a causa e o prognóstico da doença (CAMPOS; SOARES, 2005). Nesse contexto, é fundamental o trabalho de esclarecimento pelo profissional de saúde que dá suporte à família.

Observa-se que a ausência de informações e as dificuldades na relação família/paciente geralmente são reforçadas pelos profissionais que atendem a pessoa em sofrimento psíquico e, indiretamente, pelas famílias. Tradicionalmente, em seu cotidiano de trabalho, os agentes de saúde culpabilizam a família pelo surgimento da doença mental (SEVERO *et al.*, 2007), tendo em vista que os serviços de saúde, muitas vezes, trabalham com a ideia de uma família idealizada.

Esse fato é denunciado quando se afirma que as condições da família para ficar com o paciente não são explicitadas e parte-se, na maioria das vezes, da ideia de que a família, porque é família, tem essa condição. Essa concepção acaba por atribuir à família toda responsabilidade de cuidar desse paciente, provocando um estado de sofrimento nos familiares (GONÇALVES; SENA, 2001).

Em razão do processo de desinstitucionalização, a família e, em especial, o familiar/cuidador é submetido a constantes eventos estressores no curso dessas doenças, que podem afetar, além das relações familiares, a saúde do próprio familiar/cuidador, sempre trazendo algum grau de sobrecarga e provocando a constante necessidade de adaptações (CARDOSO; GALERA; VIEIRA, 2012).

É preciso, portanto, repensar a forma como estão sendo efetivadas as políticas públicas voltadas ao cuidador familiar. Nesse sentido, os programas voltados para essa modalidade de atendimento necessitam dar mais atenção para a necessidade de cuidar da própria família, pois há uma sobrecarga emocional e financeira dessa. O cuidado com essas famílias e mais especificamente com os cuidadores do paciente em sofrimento psíquico deve, além de instrumentalizá-los para o enfrentamento das dificuldades cotidianas, fornecer aos próprios cuidadores acolhimento e cuidado com relação à própria saúde.

Contudo, ressalta-se que a família, na qual se inclui o cuidador familiar, não pode ser unicamente responsabilizada pelo cuidado do membro em sofrimento psíquico grave.

A família consanguínea não precisa e não pode ser tudo. Além de supervalorizá-la, as pessoas também apresentam uma forte tendência a idealizá-la, esperando encontrar em seu seio tudo aquilo de que necessitam, todo o apoio, o afeto inesgotável, a resposta para todos os males. Esse processo de idealização conduz à ilusão de pensar que a única solução para sustentar um paciente e inseri-lo na comunidade passa necessariamente pela família (MELMAN, 2001, p. 120):

O que se nota é que as mudanças no paradigma do cuidar não foram trabalhadas junto às famílias, que passaram de produtoras do adoecimento psíquico do ente à responsáveis pelo seu acompanhamento ao tratamento e que foram consideradas como únicas capazes de suprir todas as necessidades do membro que se encontra em sofrimento psíquico.

É preciso compreender que as transformações propostas pelo movimento da Reforma Psiquiátrica visa o grupo familiar como elo entre o paciente, sua comunidade de origem e os serviços de saúde mental. A família não pode ser vista como um fim nessa conjuntura, mas fazendo parte desse processo, não mais como sujeitos passivos, porém, como sujeitos atuantes que ajudarão a viabilizar o projeto terapêutico do membro que se encontra em sofrimento psíquico. Nesse caso, o trabalho dos profissionais dos serviços de saúde mental junto às famílias é primordial para manter esse ente afastado das internações psiquiátricas.

### **1.3 A Reforma Psiquiátrica Brasileira e as Políticas Públicas em Saúde de Assistência à Pessoa em Sofrimento Psíquico**

A Reforma Psiquiátrica surge a partir de diversos movimentos sociais que questionavam a eficácia das instituições asilares. Ela está relacionada às condições econômicas, históricas, políticas e culturais que caracterizam as diferentes regiões e países, determinando as práticas singulares. Nesse sentido, entende-se que a Reforma Psiquiátrica é um processo em construção e que não ocorre de forma consensual ou homogênea. Assim, a Reforma Psiquiátrica pode ser definida como um movimento social, articulada a um conjunto de iniciativas operadas nos campos legislativo, jurídico, administrativo e cultural, que visam a transformar a relação entre a sociedade e a loucura (OLIVEIRA, 2002; MACIEL *et al.*, 2009).

A Reforma é um processo que vai além da ideia de libertar o sujeito que se encontrava em permanente internação. Ela promove uma mudança na antiga ideologia psiquiátrica de controle e segregação dos indivíduos em sofrimento psíquico. Ou seja, o objeto da atenção psiquiátrica deixa de ser a doença e volta-se para o sujeito inserido no contexto social, em que a proposta da assistência terapêutica é focalizada no indivíduo em toda sua complexidade (AMARANTE, 1995).

Assim, essa nova Política de Saúde Mental carrega em seu bojo o seu potencial de ruptura com a cultura manicomial que emergiu, historicamente, ancorada na abstração das definições sobre a doença mental, na invenção do hospital psiquiátrico como lócus da apreensão daqueles considerados perigosos e incapazes para os atos da vida social, de produção do saber sobre a doença e seu tratamento, na delegação de um novo tipo de poder aos especialistas, a privação de liberdade mediada pela relação de tutela (FOUCAULT, 2013a).

Os primeiros movimentos surgiram na Inglaterra, na França e nos Estados Unidos. Nesses países a convergência de uma série de fatores sociais e econômicos contribuiu para desencadear o processo de mudança e de construção da nova política de saúde mental. No

Brasil, esses movimentos culminaram com a Reforma Psiquiátrica, cujo principal objetivo é evitar que o sofredor psíquico seja privado de seus laços afetivos e sociais por causa da internação psiquiátrica, de modo que promova uma assistência humanizada, com respeito aos direitos humanos (FEITOSA *et al.*, 2012).

Os primeiros delineamentos da Reforma Psiquiátrica brasileira iniciaram-se na década de 1970, principalmente na segunda metade, com a emergência de críticas ao caráter privatizante da política de saúde governamental e à ineficiência da assistência pública em saúde. Surgiram, também, denúncias de fraude no sistema de financiamento dos serviços e, de maior importância, as denúncias de abandono e maus-tratos que ocorriam nos hospitais psiquiátricos do país (VIDAL; BANDEIRA; GONTIJO, 2008).

Esses fatos fizeram com que a Reforma Psiquiátrica brasileira se diferenciasse das outras reformas ocorridas em outras partes do mundo, como postula Yasui, (2010). Para o referido autor, a Reforma no Brasil:

[...] se refere a um processo social complexo, caracterizado por uma ruptura dos fundamentos epistemológicos do saber psiquiátrico, pela produção de saberes e fazeres que concretizam na criação de novas instituições e modalidades de cuidado e atenção ao sofrimento psíquico e que buscam construir um novo lugar social para a loucura. Esse processo situa-se, no caso brasileiro, no contexto histórico e político do renascimento dos movimentos sociais e da redemocratização do país, na segunda metade dos anos 70 (YASUI, 2010, p. 27).

Segundo Yasui (2010), esses movimentos sociais nasceram nas periferias das grandes cidades e a partir das suas necessidades de sobrevivência. Nasceram das conversas entre vizinhos, nas discussões em encontros públicos, em igrejas, sendo organizados e pautados em reivindicações vinculadas às condições de vida. Dentre esses, destaca-se o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), formado por profissionais da saúde e apoiado por associações de familiares, sindicalistas e outros, pois contribuiu significativamente para construir uma crítica coletiva ao chamado saber psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico na assistência às pessoas com transtornos mentais (AMARANTE, 1995; AMARANTE 2007; YASSUI, 2010).

O MTSM influenciou diretamente a formulação da Lei Federal 10.216, que propõe a regulamentação dos direitos da pessoa com transtorno psíquico e a desativação das instituições de modelo asilar (BRASIL, 2005; FEITOSA *et al.*, 2012).

A partir dos anos 1980, ocorreram muitas modificações, no sentido de procurar transformar a relação da sociedade com a loucura. Foram criados serviços substitutivos aos manicômios e realizadas reformas dos asilos e dos ambulatórios, ampliação da sustentação

política dos projetos de humanização, reintegração dos usuários, aprimoramento das estratégias e do tratamento clínico, entre outros.

As propostas advindas do final da década anterior resultaram na promulgação da Constituição Federal de 1988, quando foi aprovada a lei da criação do Sistema Único de Saúde (SUS)<sup>7</sup>, apontando para mudanças como a descentralização, hierarquização dos serviços e universalização do direito à saúde, fundamentadas em princípios como universalidade, equidade, integralidade, regionalização e controle social (SEVERO *et al.*, 2007).

Em setembro de 1989, surge o Projeto de Lei do Deputado Paulo Delgado, tornando-se o centro da Reforma Psiquiátrica por anos. Ainda na década de 80, foi inaugurado o primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) em São Paulo. Essa década ainda marcou o surgimento das associações de usuários e familiares que atuaram na construção de novas possibilidades de atenção e cuidados na luta pela transformação de assistência em saúde mental (YASUI, 2010).

Nos anos 1990, foi publicada a portaria nº 189/1991, que modificou a sistemática de remuneração das internações hospitalares, reduzindo o tempo de internação<sup>8</sup>, criando procedimento que tinham por finalidade contemplar as diferentes experiências assistenciais que já estavam sendo realizadas, consolidando o SUS e sua descentralização<sup>9</sup>. Em 1991, é implantado o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e, em 1992, foi publicada a Portaria nº 224/1992, que incentivou a criação de diversas unidades assistenciais no Brasil com o nome de NAPS (Núcleos de Atenção Psicossocial) e CAPS; em 1994, ocorre a implantação do Programa de Saúde da Família (PSF) (YASUI, 2010).

Os NAPS/CAPS foram criados oficialmente a partir da Portaria GM 224/92 e eram definidos como unidades de saúde locais/regionalizadas que contam com uma população descrita definida pelo nível local e que oferecem atendimento de cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar, em um ou dois turnos de quatro horas, por equipe multiprofissional (BRASIL, 2004).

Em 2001, foi assinada a lei nº 10.216, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, a chamada Lei da Reforma Psiquiátrica (BRASIL, 2001). Embora a referida Lei tenha como objetivos a proteção das pessoas em sofrimento

---

<sup>7</sup> O SUS foi instituído no Brasil pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pelas Leis nº 8080/90 (Lei Orgânica da Saúde) e nº 8.142/90, tendo como finalidade alterar a situação de desigualdade no atendimento à saúde da população brasileira, tornando obrigatório o atendimento a todos os cidadãos, indiscriminadamente, sem ônus (BRASIL, 2002).

<sup>8</sup> A portaria estabeleceu um número máximo de diárias a serem pagas por Autorização de Internação Hospitalar (AIH), abrindo a possibilidade de um controle maior por parte do gestor estadual ou municipal (YASUI, 2010, p. 57).

<sup>9</sup> O conjunto de ações e serviços de saúde, prestado por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde – SUS é o que dispõe o artigo 4º, caput, da Lei nº 8.080/90. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm)>. Acesso em: 27 ago. 2014.



mental, seus direitos e modelo assistencial em saúde mental, o seu texto final está muito distante do projeto original, aprovado em 1989, o qual propunha a extinção progressiva do manicômio e sua substituição por outros serviços, conforme “antigo Projeto de Lei Paulo Delgado” (YASUI, 2010).

Dessa forma, a Reforma Psiquiátrica Brasileira se efetiva por meio da implantação dos serviços substitutivos. Os serviços substitutivos são dispositivos de atenção em saúde mental que possibilita o cuidado da pessoa em sofrimento psíquico sem retirá-lo totalmente de seu meio. Esses equipamentos se pautam em intervenções que devem se inserir no ambiente dos sujeitos, tendo como foco principal o ambiente familiar (PRAZERES; MIRANDA, 2005; SEVERO *et al.*, 2007).

Desde então, as novas políticas públicas na área de saúde mental têm avançado em direção à expansão e ao fortalecimento da rede de serviços substitutivos e intermediários. Dentre esses serviços, estão o Serviço Residencial Terapêutico, os Lares Abrigados, os Hospitais-dia e, principalmente, os CAPS (HIRDES, 2009; CARDOSO; GALERA, 2011; PESSOA JÚNIOR, 2013).

Como já visto, o CAPS é um serviço de saúde aberto e comunitário do SUS e configura-se como:

[...] um lugar de referência e tratamento para pessoas que sofrem com transtornos mentais, psicoses, neuroses graves e demais quadros, cuja severidade e/ou persistência justifiquem sua permanência num dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida (BRASIL, 2004).

O objetivo do CAPS é oferecer atendimento à população de sua área de abrangência, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários (BRASIL, 2004).

Em 2002, foi publicada a portaria nº 336/2002, a qual abandonou de vez o Termo NPAS, propondo um novo modelo de assistência, os CAPS, constituindo-se como; “serviço ambulatorial de atenção diária que funcione segundo a lógica do território<sup>10</sup>”; classificados em cinco tipos: CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi e CAPSad definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional (BRASIL, 2004).

Os diferentes tipos de CAPS são:

- a) CAPS I e CAPS II: são CAPS para atendimento diário de adultos, em sua população de

---

<sup>10</sup> Ambiente social e cultural concreto, o espaço da cidade onde se desenvolve a vida quotidiana de usuários e familiares (BRASIL, 2004).

abrangência, com transtornos mentais severos e persistentes.

- b) CAPS III: são CAPS para atendimento diário e noturno de adultos, durante sete dias da semana, atendendo à população de referência com transtornos mentais severos e persistentes.
- c) CAPSi: CAPS para infância e adolescência, destinado atendimento diário a crianças e adolescentes com transtornos mentais.
- d) CAPSad: CAPS para usuários de álcool e drogas, para atendimento diário à população com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, como álcool e outras drogas. Esse tipo de CAPS possui leitos de repouso com a finalidade exclusiva de tratamento de desintoxicação (BRASIL, 2004).

Somadas ao conjunto desses serviços foram incluídas as ações da saúde mental na atenção básica como: um programa permanente de formação de recursos humanos para a Reforma Psiquiátrica, promoção dos direitos dos usuários e familiares, incentivo à participação no cuidado, garantia de um tratamento digno e de qualidade à pessoa em sofrimento psíquico (PINHO; HERNÁNDEZ; KANTORSKI, 2010; PESSOA JÚNIOR, 2013), além da manutenção e criação de programas, dentre esses o Programa “De Volta Para Casa”.

Criado em 2003 pelo Ministério da Saúde, o Programa “De Volta para Casa” visa a: [...] reintegração social de pessoas acometidas de transtornos mentais, egressas de longas internações, segundo critérios definidos na Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003, que tem como parte integrante o pagamento do auxílio-reabilitação psicossocial (BRASIL, 2003). O objetivo do programa é assegurar um meio eficaz de suporte social, evitando o agravamento do quadro clínico e o abandono social de pessoas acometidas de transtornos mentais com história de longa internação psiquiátrica.

Esta estratégia vem ao encontro de recomendações da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e Organização Mundial da Saúde (OMS) para a área de saúde mental com vistas a reverter gradativamente um modelo de atenção centrado na referência à internação em hospitais especializados por um modelo de atenção de base comunitária, consolidado em serviços territoriais e de atenção diária (BRASIL, 2003).

Nesse sentido, o Programa “De Volta para Casa” concerne em um dos principais avanços da Reforma Psiquiátrica referente à desinstitucionalização. Pois, trata-se de uma estratégia de auxílio financeiro aos pacientes com transtorno mental egressos de internação, visando inseri-los na comunidade por intermédio de suas famílias de origem, para que se responsabilizem por esse parente que necessita de apoio e um lugar onde possa desenvolver-se em comunidade (ALVES; SILVEIRA, 2011).

Os documentos que regulamentam o Programa “De Volta para Casa” são a Lei nº

10.708, de 31 de julho de 2003, a qual Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações, e a Portaria nº 2077/GM, de 31 de outubro de 2003. O seu objetivo é:

Contribuir efetivamente para o processo de inserção social dessas pessoas, incentivando a organização de uma rede ampla e diversificada de recursos assistenciais e de cuidados, facilitadora do convívio social, capaz de assegurar o bem-estar global e estimular o exercício pleno de seus direitos civis, políticos e de cidadania (BRASIL, 2003).

Esse programa foi criado com vistas a fornecer suporte para a reintegração social das pessoas com longo histórico de hospitalização, por meio do pagamento mensal aos seus beneficiários de um auxílio-reabilitação. Ou seja, o Programa “De volta para Casa” vai ao encontro das propostas da Reforma Psiquiátrica Brasileira, que visa o rompimento com o paradigma hegemônico centralizado no saber médico em ações individuais que, em contrapartida, prioriza a família em sua dimensão sociocultural, tornando-o objeto de atenção de suas ações (SOUZA, 2013).

Dessa forma, entende-se que a política de saúde mental no Brasil configura uma nova forma de compreender e tratar as pessoas em sofrimento psíquico que depende da estruturação de modelos assistenciais orientados pela perspectiva da integralidade, entendida aqui não apenas em referência à apreensão integral dos sujeitos, mas também aos novos valores e dispositivos técnicos (BRASIL, 2005; 2007).

Diante do exposto, observa-se que a Reforma Psiquiátrica Brasileira, nas quatro últimas décadas, protagonizou a criação de novos serviços de atenção à saúde mental que tiveram implicações diretas no cuidado à pessoa em sofrimento mental. As políticas públicas em saúde têm demonstrado avanços nesse seguimento e colocando a família como foco das ações programáticas e intervenção, realizando ações preventivas e considerando sua importância no acompanhamento, tratamento e reabilitação psicossocial da pessoa em sofrimento psíquico (SEVERO *et al.*, 2007; MACIEL *et al.*, 2009).

Contudo, cabe aqui ressaltar que, apesar de todas as modificações que ocorreram no sentido de superar o modo asilar no Brasil, com a finalidade de transformar a relação da sociedade com a doença mental e a exclusão social, as mudanças ainda são insuficientes. Existem ainda outras formas, presentes no cotidiano das relações sociais, como gestos, olhares e atitudes, intolerâncias às diferenças que contribuem para a manutenção do preconceito, acerca do sofrimento psíquico.

## 1.4 O Cuidado em Saúde Mental na Perspectiva Fenomenológica

A fenomenologia influencia diferentes áreas do conhecimento, dentre elas a saúde mental e a psicopatologia. Desse modo, procurou-se demonstrar as vinculações do pensamento fenomenológico na concepção do cuidado e na compreensão do sofrimento psíquico.

Ao longo da história, importantes fenomenólogos contribuíram para a psicopatologia e para a compreensão da “doença mental”. Muito do que se entende hoje como “psicopatologia” se constrói alicerçado em fundamentos fenomenológicos. A Fenomenologia influencia novos caminhos da compreensão da “loucura” na atualidade, tendo reverberação particular nos movimentos da Antipsiquiatria e da Luta Antimanicomial que ali encontram um alicerce teórico para suas propostas (SCHNEIDER, 2009, HOLANDA, 2011, PUCHIVAILO; SILVA; HOLANDA, 2013).

A influência do pensamento fenomenológico se faz presente nas ideias de Franco Basaglia no processo de desinstitucionalização, quando ele propõe a possibilidade de colocar a doença entre parênteses para que se possa alcançar o fenômeno em si e, nesse caso, o sujeito, ou seja, as formas de tratamento são consequências do olhar que se tem à doença mental. Tal pensamento possui bases e fundamentos em discussões e posições derivadas do pensamento fenomenológico (na filosofia) e de perspectivas da Psiquiatria fenomenológica, a partir de autores como Karl Jaspers e Eugène Minkowski, (PUCHIVAILO; SILVA; HOLANDA, 2013).

Embora muitos tenham sido os nomes que contribuíram com a influência da Fenomenologia na Psiquiatria e na Psicopatologia, pode-se dizer que foi Jaspers quem inaugurou uma forma de se pensar as psicopatologias do ponto de vista fenomenológico.

Sua maior contribuição foi com a clássica obra *Psicopatologia Geral* (1913/1987), na qual alerta que não se pode reduzir o sujeito aos conceitos psicopatológicos: “Sempre o homem é algo mais do que se pode conhecer” (JASPERS, 1987, p. 63).

A teoria de psicopatologia de Jaspers propõe que se deve partir da descrição dos fatos típicos particulares e empíricos da vida psíquica, levando em conta as vivências subjetivas e os fatos significantes da vida do ser em sofrimento e, em seguida, buscar as relações da vida psíquica nos níveis compreensivo e das relações causais (CAPALBO, 2008).

Ainda de acordo com Capalbo (2008), o nível compreensivo supõe o domínio das ciências do espírito<sup>11</sup> e o nível das relações causais pressupõe o domínio das ciências biológicas.

Nesse sentido:

---

<sup>11</sup>Entende-se por ciências do espírito a Psicologia, Sociologia, História, Religião e Filosofia (CAPALBO, 2008, p. 109).

O homem não é só um ser natural, mas também um ser cultural. Assim, sua vida psíquica mórbida depende, tanto em seu conteúdo quanto em sua forma, da sua inserção cultural que irá nele repercutir. A discussão sobre o ‘todo do ser humano’ deve ser feita pela reflexão filosófica que o médico deverá realizar (CAPALBO, 2008, p. 110).

Outra grande contribuição da Fenomenologia à Psiquiatria se deu com Eugène Minkowski, psiquiatra francês de grande influência na história da Fenomenologia e na psiquiatria da França. Minkowski afirmava que a “loucura” é compreendida enquanto modo de estar no mundo, não errado ou doentio, mas apenas como mais uma forma de estar em relação com o mundo. Desconstrói-se, deste modo, a noção de “normalidade”, enquanto padrão absoluto que define os “desvios mórbidos” da vida mental (PUCHIVAILO; SILVA; HOLANDA, 2013).

Para Eugène Minkowski, o sofrimento é um momento da existência e não é: [...] absolutamente sinal de desequilíbrio, não há nada de anormal nele. Ele faz ‘normalmente’ parte de nossa existência [...] o sofrimento humano é o que nos revela o aspecto mais aparente, mas dramático e mais ‘vivo’ (MINKOWSKI, 2000, p. 164).

Nesse sentido, a Fenomenologia busca olhar o homem e seu sofrimento como uma singularidade que se apresenta à compreensão. Ela não se focará na doença, mas na expressividade, contexto e forma de ser do sujeito que se apresenta (PUCHIVAILO; SILVA; HOLANDA, 2013).

Dessa maneira, a doença mental passou então a ser compreendida pela Fenomenologia como modalidade do ser. Busca-se a conjugação dos pressupostos de uma filosofia existencial sobre a natureza do homem, para alcançar uma melhor compreensão do doente e da doença mental. Considerando que a compreensão da pessoa em sofrimento mental se mostra por meio da análise da dimensão estrutural da existência, que consiste no seu modo de ser no mundo, “esse conceito engloba o mundo da pessoa, as suas relações com as outras pessoas e com as coisas”. (CAPALBO, 2008, p. 97).

A partir da perspectiva fenomenológica, o cuidador da pessoa em sofrimento psíquico tem a oportunidade de se mostrar a si mesmo, por meio de sua subjetividade, que é mobilizada pela pessoa de quem cuida ao mesmo tempo em que mobiliza a pessoa cuidada para se conhecer também e, nesse sentido, o cuidado, como elemento motivador da relação, corresponde a um conhecimento autêntico e criativo que se faz a cada experiência de cuidar (SENA *et al.*, 2011).

A relação do cuidado, vista como um constante diálogo, encontra fundamentação na afirmação de que a experiência constitui-se em um movimento entre o cuidador e ser cuidado, onde os pensamentos se fundem, a fala se torna uma operação comum abrindo possibilidade

para se experimentar a coexistência por meio de um mesmo mundo (RIVERA; HERRERA, 2006).

Sob essa ótica, Sena *et al.* (2011) afirmam que o cuidado não pode ser pensado como um encargo de quem exerce para prestar assistência ao outro, mas uma essência com a qual o cuidador se reconhece a partir do contínuo *intersubjetividade cuidador-pessoa cuidada*. Assim, do ponto de vista fenomenológico, o cuidado antecede toda atitude e situação humana, ele está na essência da existência humana, sendo inerente ao homem.

Se o cuidado na saúde mental for pensado no âmbito familiar, em especial entre cônjuges, ver-se-á que o cuidar envolve atos humanos no processo de assistir à pessoa, dotação de sentimentos, devendo estar ligado a sua fonte de vida e encontrando sentido para sua experiência. Esse cuidado envolve relacionamento interpessoal, que é originado no sentimento de ajuda e de confiança, de empatia mútua e desenvolve-se com base em valores humanísticos (CARVALHO, 2004), que se formam com a experiência do cuidador.

Tal experiência mostra as inúmeras possibilidades que são abertas quando o cuidador está diante do outro e que elas podem se abrir na dinâmica das relações de cuidado, pois não se pode pensar em produção de cuidados sem considerar a intersubjetividade que favorece o compartilhamento de experiências e vivências do outro em uma relação empática (MACHADO *et al.*, 2010; SENA *et al.* 2011).

Sendo assim, o cuidado com o outro ganha sentidos diferentes quando o ente que se encontra em sofrimento psíquico é um dos cônjuges.

## 2 O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL NA RELAÇÃO CONJUGAL

*Mudos atalhos afora, na soturnidade de alta noite,  
Eu e ela caminhávamos.  
Eu, no calabouço sinistro de uma dor absurda,  
Como de feras devorando entranhas,  
Sentindo uma sensibilidade atroz, morder-me, dilacerar-me.  
Ela, transfigurada por tremenda alienação,  
Louca rezando e soluçando baixinho rezas bárbaras.  
Eu e ela, ela e eu [...].  
Cruz e Souza, (Balada de Loucos<sup>12</sup>)*

Nesta seção, buscou-se contextualizar alguns aspectos da relação conjugal e o processo de adoecimento mental de um dos cônjuges. Sob essa ótica, procurou-se abordar o papel do cuidador familiar a partir da organização familiar e da posição que cada gênero ocupa na relação<sup>13</sup>.

### 2.1 Contextualizando a relação conjugal

A conjugalidade pode ser compreendida por um processo de intimidade, de vida sexual, de trabalho, procriação, partilha de responsabilidade econômica e assim por diante, parceiros. Pode ser definida como uma situação de oscilação maior ou menor entre momentos de fusão e de diferenciação pessoal. Os sonhos e objetivos da vida em comum levam a pessoa a buscar conformidade com o seu par. Individualidades diferentes se misturam, surgindo, então, uma nova estrutura de vida e, a partir desse entrelaçamento, constrói-se a base para uma nova configuração chamada conjugalidade (MAGALHÃES, 2003).

Whitaker (1995) define a relação conjugal descrevendo-a, como muito próxima e profunda, na qual se vive uma espécie de união e separação de identidades. Ou seja, a conjugalidade pode ser entendida como a relação entre duas pessoas que se apresentam como casal, construindo, assim, um conceito de identidade conjugal (FÉRES-CARNEIRO, 1998).

Desse modo, o casal, ainda segundo a autora supracitada, lida a todo o momento com

---

<sup>12</sup> Cruz e Souza, poeta simbolista, experimentou em sua vida o sofrimento de forma especialmente atroz. Intelectual negro, rejeitado pelo meio social de então. Refere-se nessa balada a um episódio real que lhe aconteceu; ao voltar para casa de um passeio com sua esposa, notou que ela subitamente estava enlouquecendo. DALGALARRONDO, Paulo. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

<sup>13</sup> Não se pretende fazer um histórico sobre a conjugalidade, apenas breves reflexões sobre a relação conjugal e sua influência na saúde mental de cada cônjuge.

duas individualidades, a fim de se construir um local em comum, vigorando a lógica do “um e um são três”, expressão de Philippe Caillé, onde o encontro das particularidades de cada cônjuge irá culminar na construção de uma vivência própria, algo que o identifica o casal. Para Caillé (1991), a definição de casal, contém portanto os dois parceiros e seu “modelo único”.

A formação do casal se dá quando parte das ideias e preferências se fundem, as individualidades enfraquecem e se forma a identidade conjugal.

Cada um dos novos companheiros tem um conjunto de valores e expectativas, tanto explícitos quanto inconscientes, que vão desde o valor que atribuem à independência nas decisões até se pessoas devem ou não tomar café da manhã. Para que a vida em comum seja possível, estes dois conjuntos de valores se conciliam com o passar do tempo (MINUCHIN; FISHMAN, 1990, p. 08).

Nesse caso, mesmo que os cônjuges percam parte de suas individualidades, eles ganham na pertinência e na qualidade da relação conjugal.

Nota-se que nos relacionamentos conjugais pós-modernos ainda prevalecem alguns valores contidos na modernidade, onde a desigualdade era aceita e reforçada socialmente, sem qualquer preocupação com os aspectos afetivos e sexuais da mulher (DINIZ NETO; FÉRES-CARNEIRO, 2005).

Para os autores supracitados, a união conjugal tinha um valor precípuo e sua manutenção deveria se dar a qualquer preço, conforme a expressão “até que a morte nos separe”. Nesse modelo, os papéis do homem e da mulher se diferenciavam em vários contextos. Enquanto as mulheres viviam em plena relação de submissão social e econômica dos maridos, estes por sua vez se dedicavam à vida pública (DINIZ NETO; FÉRES-CARNEIRO, 2005).

Na segunda metade do século XX, foram se revelando novos pensamentos e posturas, os quais proporcionaram mudanças de valores, o que caracteriza a cultura pós-moderna<sup>14</sup>. Com essas mudanças, a instituição familiar também se modifica, tomando novos contornos e arranjos, como afirma Jonas Melman:

No mundo pós-moderno, impregnado pela fragmentação, efemeridade, descontinuidade e heterogeneidade, a concepção de família passou a abarcar padrões mais flexíveis e plurais, em movimentos permanentes de construção e reconstrução de suas relações, multiplicando diferentes modos de conjugalidade, inventando formas de convivência e organização da vida cotidiana (MELMAN, 2001, p. 120).

Nesse novo cenário, a mulher insere-se no mercado de trabalho com a finalidade de

---

<sup>14</sup> A cultura pós-moderna se caracteriza por uma ruptura com a visão moderna de mundo e de homem, uma resposta cultural ao capitalismo tardio ou às novas formas de dominação, nas quais a própria cultura se torna mercadoria de consumo. Na cultura pós-moderna, a própria cultura se tornou um produto e o mercado tornou o seu próprio substituto um produto exatamente igual a qualquer um dos itens que o constituem. O pós-modernismo é o consumo da própria produção de mercadorias como processo. JAMESON, F. **Pós-modernismo**. Rio de Janeiro: Ática, 1995.



aumentar a renda familiar. Amplia-se sua participação nas atividades educativas, profissionais, culturais, artísticas e políticas. Ela passa a ingressar em maior número nas universidades, ampliando seu campo de trabalho e, conseqüentemente, ficando mais tempo fora de casa.

Uma das grandes motivações para muitas pessoas que escolheram o casamento é a valorização da experiência compartilhada e íntima. Ou seja, existe o desejo autêntico de compartilhamento e parceria com o outro em busca de companheirismo (CARDELLA, 2009).

No entanto, essa parceria é comprometida quando um dos cônjuges encontra-se doente. Inúmeras questões como comunicação, sexualidade, vida social, entre outras, podem ser elencadas como fatores negativos influenciadores no comprometimento da relação conjugal, uma vez que tais fatores são compreendidos como um meio constituinte e intermediador das condições de manutenção do relacionamento conjugal.

## **2.2 Quando o cônjuge encontra-se em sofrimento psíquico**

*Amar é um cuidar que se ganha em se perder<sup>15</sup>.*

*(Camões)*

A relação conjugal está pautada na confiança, na responsabilidade, no dever e nas obrigações cotidianas e no cuidado com o outro. Dessa forma, percebe-se que os aspectos conjugais são importantes à qualidade das relações familiares. Contudo, a relação fica desestabilizada quando a família enfrenta o adoecimento de um dos cônjuges, levando o outro a desempenhar o papel de cuidador principal.

Cuidar de um familiar em sofrimento psíquico provoca mudanças na vida do cuidador. Quando o cuidador principal é o cônjuge, acrescenta-se a essas mudanças outro fator muito importante que é a manutenção do relacionamento conjugal. O relacionamento conjugal é aspecto central da vida adulta, associado à saúde e à qualidade de vida. Portanto, a qualidade da relação conjugal tem implicações não só na saúde mental, mas também na saúde física e vida profissional dos cônjuges (NORGREN *et al.*, 2004).

O surgimento de uma doença mental no cônjuge agrava drasticamente o quadro de insegurança e desconforto no parceiro, representando em geral um forte abalo. Para a maioria das pessoas que se encontram nessa situação, a enfermidade do cônjuge “significa uma grande ruptura na trajetória existencial. A vivência de catástrofe desestrutura as formas de lidar com

---

<sup>15</sup> Verso do poema “Amor é um Fogo que Arde sem se Ver”, do poeta português Luís Vaz de Camões.

as situações do cotidiano” (MELMAN, 2001, p. 20). Em um casal, o reconhecimento da doença do outro, ou de estar doente, se fundamenta na interpretação e na interdiscursividade que ambos dão as suas próprias angústias (LISBOA; FÉRES-CARNEIRO, 2008).

Uma vez que o cônjuge assume o papel de cuidador, ele necessita fazer diversos reajustes e assumir compromissos que o impedem de atingir o seu pleno potencial no trabalho, nas relações sociais e no lazer. Ou seja, sobre ele recai, predominantemente, o peso de prestar cuidados não só ao cônjuge enfermo, mas a todo grupo familiar. Ainda assume a ligação entre o cônjuge doente e o médico (MACIEL *et al.*, 2009). Todos esses fatores acabam, na maioria das vezes, comprometendo as suas vivências na relação conjugal, trazendo consequências negativas não só para a relação, mas também para a saúde mental do cônjuge cuidador.

Rosa (2011, p. 264) afirma que “[...] o transtorno mental vai afetar sobremaneira o grupo familiar à medida que atinge aqueles sujeitos que ocupam um papel estruturante na organização familiar, ou seja, um dos cônjuges”. Nesse caso, quando se trata do adoecimento de um dos cônjuges, o impacto que o sofrimento psíquico provoca no parceiro tem consequências variadas, conforme o gênero que ocupa na relação.

Quando o marido é acometido pelo transtorno mental, há uma tendência ao comprometimento da renda familiar, provocando um deslocamento do papel da mulher; o papel de suas atribuições na divisão do trabalho se vê sobreposto aos encargos de gerar renda, o que até então era função do marido. Além disso, quando o cônjuge em sofrimento é o homem, sua condição moral na família tende a ficar vulnerabilizada, pois, historicamente, a enfermidade está associada à fragilidade, característica culturalmente associada à mulher (ROSA, 2011).

No entanto, quando a esposa se encontra em sofrimento psíquico, parece que afeta muito mais a família. Quando o homem assume o papel de dedicar considerável parcela do seu tempo para cuidar da esposa que se encontra em sofrimento psíquico, ele passa a sofrer privações econômicas e sociais, por não ser pessoa inteiramente produtiva, além dos encargos que sobre ele recaem que vão desde as dificuldades econômicas às reações emocionais, ao estresse em face de um comportamento perturbado (MACIEL *et al.*, 2009).

Também se percebe diferenças na forma de assistência ao familiar doente de acordo com a posição que o cuidador ocupa na família. Quando o cuidador é do gênero feminino, essa cuidadora se vê obrigada a frequentar os dispositivos de tratamento (participação de grupos, atendimentos e tudo o que for sugerido como estratégia de assistência) de seu ente adoecido. Ao passo que o cuidador do gênero masculino se mantém distante, tanto do dispositivo de tratamento quanto de prestar assistência ao ente em casa. Em algumas situações, quando o cônjuge do sexo masculino assume o encargo de cuidador, “é comparado a um pai, como se

estivesse extrapolando o seu papel” (ROSA, 2011, p. 268). Ou seja, muitos encontram justificativa no discurso machista de que não tem paciência ou não leva jeito para isso.

Nesse contexto, observa-se que, ao atribuir às mulheres a responsabilidade praticamente exclusiva pelos cuidados domésticos, além de reduzir as probabilidades de desenvolvimento de outras potencialidades de que essas são portadoras, automaticamente o homem se isenta do papel de compartilhar as atividades domiciliares, mesmo que a esposa se encontra doente. Ou, quando o faz é, em muitos casos, configurado como uma “ajuda” e não como um trabalho de sua responsabilidade. Nesse caso, não se trata apenas da diferença existente na forma do cuidar, mas, como afirma Heleieth Saffioti, uma forma de dominação masculina sobre a mulher:

[...] a igualdade de oportunidades pressupõe a partilha de responsabilidades por homens e mulheres, em qualquer campo de atividade, aí incluso o espaço doméstico. Não se trata de ensinar os homens a auxiliarem a mulher no cuidado com os filhos e a casa, pois sempre que a atividade de alguém se configurar como ajuda, a responsabilidade do outro. Trata-se de partilhar a vida doméstica, assim como o lazer e as atividades garantidoras do sustento da família. Nada mais injusto do que tentar disfarçar a dominação dos homens sobre as mulheres através da "ajuda" que os primeiros podem oferecer as últimas (SAFFIOTI, 1987, p. 15).

Sendo assim, quando é a mulher que se encontra em sofrimento, ainda há outra desvantagem quando comparado ao homem, visto que ela tende ser mais facilmente abandonada pelo marido do que na situação inversa (ROSA, 2011).

As discussões nessa seção sobre o cuidado ao familiar em sofrimento psíquico, no âmbito da relação conjugal, circunscreveram os domínios da diferenciação entre o papel que o gênero ocupa na relação como cuidador.

A dominação dos homens e a subordinação das mulheres constituem um processo histórico, não um sistema autorreprodutor. A “dominação masculina” é aberta à contestação e requer um esforço considerável a sua manutenção.

Cabe aqui a necessidade de se fazer a distinção entre gênero e sexo, pois, cada pessoa nasce com um sexo geneticamente definido, ao passo que a denominação gênero vai além das características genéticas, abrangendo a bagagem sociocultural, política e histórica de cada indivíduo. Para Boris (2011), a noção de gênero, diferentemente da concepção de sexo, não se limita ao mero exercício da prática sexual, porque gênero inclui a investigação das atitudes, dos comportamentos, das relações, dos valores, dos estereótipos, dos conceitos e dos preconceitos, que também são social, histórica, política – visto que têm caráter ideológico e, culturalmente, construídos.

Desse modo, o gênero se caracteriza como atribuição sociocultural referente ao sexo, como, por exemplo, o gênero masculino (homem) ou o gênero feminino (mulher) é designado

como princípio binário na sociedade. Entretanto, com Butler (2008), a noção de gênero foi construída em uma nova face, a qual foi denominada de performatividade. Assim, é possível entender um pouco melhor a identidade das pessoas não-binárias, ou seja aquelas que rejeitam as atribuições binárias de gênero (ser ‘homem’ ou ‘mulher’). Nesse sentido, o conceito de gênero vai além da dualidade, feminino/masculino, pois, o binarismo já é uma construção da heteronormatividade<sup>16</sup>.

Na articulação com a saúde mental, essas diferenças estão ancoradas na construção social da masculinidade e da feminilidade. Como já visto anteriormente, o cuidar sempre foi visto como atribuição do gênero feminino. Considerado como “um ato de amor”, o cuidado tem sido socialmente resumido como “coisa de mulher”.

Desse modo, não é difícil observar que homens e mulheres não ocupam posições iguais na sociedade. Ao longo do tempo, as diferenças de gênero passaram a ocupar não só mais espaços sociais, mas também na saúde, havendo um descolamento da compreensão do gênero para as práticas médicas aliada a uma visão biologizante.

Nesse sentido, cabe indagar: como o homem se vê nesse processo de diferenças sociais quanto ao seu comportamento? Se se articular gênero e saúde mental, como o homem enquanto cuidador familiar se relaciona com o seu adoecimento? Buscar-se-á, a seguir, contextualizar as práticas masculinas no contexto do cuidado à saúde a partir das relações de gênero.

---

<sup>16</sup> Por heteronormatividade, entende-se a reprodução de práticas e códigos heterossexuais, sustentada pelo casamento monogâmico, amor romântico, fidelidade conjugal, constituição de família (esquema pai-mãe-filho(a)(s)). Na esteira das implicações da aludida palavra, tem-se o heterossexismo compulsório, sendo que, por esse último termo, entende-se o imperativo inquestionado e inquestionável por parte de todos os membros da sociedade com o intuito de reforçar ou dar legitimidade às práticas heterossexuais (FOSTER, 2001, p. 19)

### 3 A SAÚDE MENTAL DO CUIDADOR FAMILIAR: UM OLHAR À LUZ DAS RELAÇÕES DE GÊNERO

*A diferença biológica entre os sexos, isto é,  
entre o corpo masculino e o corpo feminino,  
e, especificamente, a diferença anatômica entre os  
órgãos sexuais, pode assim ser vista como justificativa  
natural da diferença socialmente construída entre  
os gêneros e, principalmente, da divisão social do trabalho<sup>17</sup>.*

*(Pierre Bourdieu)*

Esta seção tem como elemento central a discussão da saúde mental do homem cuidador sob o viés das relações de gênero. Trata-se da articulação entre o conceito de gênero e o campo da saúde mental, tendo como questão problemática a construção da masculinidade do homem e sua relação com o serviço de saúde mental. A partir dessa perspectiva, objetiva-se problematizar os aspectos da masculinidade como uma das variáveis que se mostram importantes no campo da saúde mental, as quais podem estar associadas ao adoecimento ou agravamento do sofrimento psíquico do homem.

Considerando que a dimensão de gênero é estruturante para se pensar a construção dos comportamentos masculinos e que ela está profundamente articulada com outros marcadores sociais como cor/raça, classe, geração, orientação sexual, identidade de gênero, acredita-se que a articulação entre diferentes marcadores é fundamental para qualquer análise que leve em consideração a pluralidade de experiências masculinas e suas correlações com a promoção da equidade de gênero em saúde (NASCIMENTO; CARRARA, 2012).

Nesse sentido, o gênero como uma das dimensões organizadoras das relações sociais, constitui-se fator essencial para compreensão do cuidado no campo da saúde mental, a partir da construção da condição e da subjetividade masculina na contemporaneidade.

#### 3.1 Gênero e Masculinidades

No cenário internacional, a categoria gênero tem sido discutida em diversos estudos e assume diferentes demarcações por distintas abordagens. Dentre esses, encontra-se o clássico estudo “*O segundo sexo*”, da filósofa existencialista francesa Simone de Beauvoir. Na referida obra, a autora procurou compreender de que maneira a mulher ocupou, ou a fizeram ocupar,

---

<sup>17</sup> BOURDIEU, P. **A dominação masculina**. 11. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2012.

essa posição de segundo sexo em diferentes sociedades e como ela contribui para essa configuração social (BEAUVOIR, 2009).

Também se destaca o trabalho da escritora feminista e filósofa francesa, Elisabeth Badinter, autora de várias obras sobre a temática, destacando-se o clássico livro *XY: sobre a identidade masculina*. Nessa obra, a autora procura mostrar que a transição, não naturalizada, do menino para a condição de adulto masculino é uma operação cultural construída sobre a negação (BADINTER, 1993).

Ainda no âmbito internacional evidencia-se a filósofa pós-estruturalista estadunidense, Judith Butler, uma das principais teóricas da questão contemporânea do feminismo. Dessa autora destaca-se a obra: *Problemas de Gênero: Feminismo e Subversão da Identidade*, na qual a referida autora faz uma observação sobre o modo como as fábulas de gênero estabelecem e fazem circular sua denominação errônea de fatos naturais. A obra reúne textos que procuram, de certo modo, facilitar uma convergência política das perspectivas feministas, gays e lésbicas sobre o gênero com a da teoria pós-estruturalista (BUTLER, 2008).

Na obra *A dominação masculina*, do sociólogo francês Pierre Bourdieu, o autor busca apresentar como a dominação masculina como parte de um processo histórico se estabelece, se “naturaliza” e se eterniza (BOURDIEU, 2012).

Outra obra em destaque é o artigo *Gênero: uma categoria útil para a análise histórica*, publicado, originalmente, em 1986, pela historiadora Norte-americana Joan Wallach Scott, no qual a autora chama atenção para o que ela considera como usos descritivos de gênero (SCOTT, 1996).

Ainda se destaca o sociólogo francês, Daniel Welzer-Lang, com vários estudos sobre gênero, em especial o artigo *A construção do masculino: dominação das mulheres e homofobia* (WELZER-LANG, 2001) e a cientista social australiana Raewyn Connell, com vários estudos sobre essa temática, em destaque a obra *Masculinities* (CONNELL, 1995).

No Brasil, muitos autores têm realizado esforços nesse campo, dedicando-se ao estudo das relações de gênero e sua articulação com as mais variadas áreas, a fim de melhor elucidar a problematização dessa temática, dentre os quais se destacam: Heleieth Saffioti, Georges Daniel Janja Bloc Boris, Valeska Zanello, Ana Paula Müller.

O conceito de gênero foi incorporado pelo feminismo e pela produção acadêmica sobre mulheres nos anos 1970 e, desde então, tem sido interpretado de forma distinta por diferentes correntes do feminismo. Nesse sentido, procurou-se buscar na literatura algumas das definições do termo que norteia essa discussão.

Quanto a sua etimologia, a palavra gênero deriva do latim *genus/ generis* (família,

espécie) e não se vincula etimologicamente, malgrado a aparente homofonia, com as palavras gene e genética (do grego génesis: geração, criação), de acordo com o Dicionário Aurélio Buarque de Holanda. Gênero é definido como categoria que indica, por meio de desinências, uma divisão dos nomes, baseada em critérios tais como: sexo e associações psicológicas. Há gêneros masculino, feminino e neutro.

Para Scott (1996), o uso do termo “gênero” visa indicar a erudição e a seriedade de um trabalho porque “gênero” tem uma conotação mais objetiva e neutra do que “mulheres”. Ainda de acordo com a autora supracitada, “gênero”, como substituto de “mulheres”, sugere que a informação a respeito das mulheres é, necessariamente, informação sobre os homens, que um implica no estudo do outro.

Influenciada por Michel Foucault, Scott (1996) entende o gênero como um saber sobre as diferenças sexuais. Para a referida autora, havendo uma relação inseparável entre saber e poder, gênero estaria imbricado com relações de poder, sendo, nas suas palavras, uma primeira forma de dar sentido a essas relações. Dessa forma, gênero define-se como um saber que atravessa todas as relações que se constituem na sociedade, organizando as relações de poder, a partir dos significados que cada sociedade atribui à diferença sexual, portanto, relativa, contextual, contestável e mutável (SCOTT, 1996).

Ou seja, a construção dos gêneros se efetiva por meio da dinâmica das relações sociais. Nesse sentido, gênero:

[...] não se trata de perceber apenas corpos que entram em relação com outros. É a totalidade formada pelo corpo, pelo intelecto, pela emoção. Cada ser humano é a história de suas relações sociais, perpassadas por antagonismos e contradições de gênero, classe, raça/etnia (SAFFIOTI, 1992, p. 210).

Convém sublinhar que, ao atribuir significados para a diferença sexual, categorizando e valorizando diferentemente atributos femininos e masculinos, as mais diversas culturas e sociedades transformam a diferença sexual em desigualdades que se expressarão em todas as dimensões da existência humana, inclusive nos modos de adoecer e morrer (FERRAZ; KRAICZYK, 2010).

Para melhor entendimento sobre a construção das diferenças de gênero, esse estudo utilizou como aparato a teoria do poder simbólico de Pierre Bourdieu, mais precisamente a teoria da dominação simbólica. De acordo com essa teoria, as identidades de gênero, definidas em relação ao outro (o diferente), os autoconceitos que prescrevem e proscovem os comportamentos e sentimentos de um homem ou de uma mulher, inscrevem-se no corpo (BOURDIEU, 2012).

Essa divisão sexual está inscrita em duas instâncias: a primeira se refere à divisão das atividades produtivas, à divisão da manutenção do capital social [...] e do capital simbólico.<sup>18</sup> Esta última atribui aos homens o monopólio de todas as atividades oficiais, públicas, de representação e de honra; na segunda, a divisão sexual se inscreve nas disposições (*os habitus*) dos protagonistas da economia de bens simbólicos (BOURDIEU, 2012). Enquanto nas mulheres essa economia se reduz ao estado de objeto de troca, nos homens “impõe adquirir a aptidão e a propensão, constitutivas do senso de honra, de levar a sério todos os jogos assim constituídos como sérios” (BOURDIEU, 2012, p. 60).

Dessa forma, gênero é entendido como uma construção cultural que vai se traduzir no jeito aprendido da masculinidade e da feminilidade, exercida por meio de um aprendizado que varia conforme época e lugar. Considerando que gênero é um termo amplo que envolve o dualismo masculino e feminino, far-se-á um recorte e utilizar-se-á a masculinidade como objeto de discussão.

Sendo assim, partiu-se do pressuposto de que masculinidade:

[...] é uma construção de gênero, ou seja, o que se define como masculino em nossa sociedade está intimamente relacionado com uma forma de olhar o mundo, em que o olhar sobre a diferença e sobre a desigualdade orienta nossas práticas e nossa linguagem. Assim, homens (e mulheres) são educados, desde muito cedo; para responder a modelos predeterminados (e mutuamente excludentes) do que é ‘ser homem’ e ‘ser mulher’. Esses modelos variam, por certo, ao longo do tempo, bem como de cultura para cultura. Variam também as formas de atualização deste modelo. Percebe-se em geral, porém, que os processos de socialização tendem a orientar-se pelo olhar da diferença “ser homem é diferente de ser mulher!” e pela perspectiva da desigualdade “ser homem é melhor que ser mulher” (MEDRADO *et al.*, p. 2005, 243).

Connell (1995) define masculinidade como a prática de ser homem em torno da posição dele na estrutura das relações de gênero. Nesse sentido, é preciso reconhecer que existem diversas formas de manifestar a masculinidade e a feminilidade, extrapolando a maneira habitual sem, no entanto, perder sua legitimidade. Dessa forma, postula-se o uso do termo masculinidades, no plural.

Contudo, essas diferenças na construção social da masculinidade, do trabalho e do

---

<sup>18</sup> Termo criado por Pierre Bourdieu para designar certas diferenças de poder existentes na sociedade, com as quais algumas pessoas ou instituições podem persuadir os demais de suas ideias. Acumulado desde o nascimento, o capital simbólico atribui autoridade aos que possuem. Ele é, de um modo geral, uma medida do prestígio ou de carisma que um indivíduo em determinado campo que permite que este desfrute de uma posição de destaque frente a um campo. Por ser um tipo de capital cuja posse permite um reconhecimento imediato da dominação do elemento que o possui sobre os demais elementos do campo, o capital simbólico é assim o instrumento principal da violência simbólica, ao impor seu peso sobre os que não o possuem, em quantidades inferiores em um dado campo. O capital simbólico, corresponde ao conjunto de rituais de reconhecimento social, e que compreende o prestígio, a honra etc. (THIRY-CHERQUES, 2006)



desempenho sexual são entendidas como as principais referências na construção da identidade do “verdadeiro” homem na cultura ocidental. Os meninos aprendem desde cedo que o trabalho proporciona poder, autonomia e sucesso profissional ao homem, “deixando aqueles que não conseguem, à possibilidade de deriva no sofrimento psíquico” (ZANELLO, 2014, p. 46). É por meio desses modelos excludentes que os homens dominam coletiva e individualmente as mulheres. Essa dominação se exerce na esfera privada ou pública e atribui aos homens privilégios materiais, culturais e simbólicos (WELZER-LANG, 2001).

Os meninos também crescem assimilando que, por meio da sexualidade, se reafirmam enquanto verdadeiros “machos”. Ou seja, ser reconhecido como um homem de verdade é não ser visto como uma “mulherzinha”, expressão construída no negativo, e ser sempre eficiente no campo sexual (BOURDIEU, 2012; ZANELLO, 2014).

Ser homem é negar quaisquer traços de feminilidade, é ter necessidade de convencer constantemente a si mesmo e aos outros de que não é uma mulher, um bebê ou um homossexual; significa em grande parte ser independente, forte e agressivo, aparentemente não necessitando da acolhida e dos cuidados que as mulheres, costumeiramente, podem solicitar e se permitir (BADINTER, 1993; BORIS, 2011). Assim, é possível que, diante de uma condição desfavorável de saúde, o homem pode se sentir “menos homem”, por não estar à altura dos *verdadeiros homens*, como afirma Pierre Bourdieu:

Em oposição à mulher, cuja honra, essencialmente negativa, só pode ser defendida ou perdida, sua virtude sendo sucessivamente a virgindade e a fidelidade, o homem “verdadeiramente homem” é aquele que se sente obrigado a estar à altura da possibilidade que lhe é oferecida de fazer crescer sua honra buscando a glória e a distinção na esfera pública (BOURDIEU, 2012)

Entretanto, a masculinidade não se apresenta como construção social apenas nos campos laboral e sexual. Ela também está explícita na divisão sexual da manutenção do capital simbólico. Ser homem na cultura ocidental vai muito além:

Ser homem, no sentido de *vir*, implica um dever ser, uma *virtus*, que se impõe sob forma do “é evidente por si mesma”, sem discussão. Semelhante à nobreza, a honra – que se inscreveu no corpo sob forma de um conjunto de disposições aparentemente naturais, muitas vezes visíveis na maneira peculiar de se manter de pé, de apurar o corpo, de erguer a cabeça, de uma atitude, uma postura, às quais corresponde uma maneira de pensar e de agir, um *éthos*, uma crença etc. – *governa* o homem de honra, independentemente de qualquer pressão externa (BOURDIEU, 2012, p. 63).

Nesse sentido, Welzer-Lang (2001), sociólogo francês, especialista em questões de gênero, afirma que homens e mulheres não percebem que o conjunto do social está dividido, segundo o mesmo simbolismo que atribui aos homens e ao masculino as funções nobres e às

mulheres e ao feminino as tarefas e funções afetadas de pouco valor. Para o autor supracitado, essa divisão do mundo tende a preservar os poderes que se atribuem, coletiva e individualmente, aos homens à custa das mulheres.

Nesse contexto, entende-se que o poder simbólico atribuído ao homem e ao masculino, historicamente tem sido disseminado a partir do modelo patriarca, prevalecendo a ideia de que era da natureza do homem ter o poder sobre sua família, controlando a mulher e os filhos, quando o homem era visto como “chefe” do núcleo familiar e que caberia somente a ele o poder de decisões. Contudo, esse modelo ainda se reproduz nos dias atuais, mas de outras maneiras.

Isso pressupõe que o poder exercido nas relações de gênero é destinado ao homem de forma prioritária, enquanto que, historicamente, para as mulheres esse poder se dá em nível micro. Para Foucault (1992), o poder é exercido em muitas e variadas direções como se fosse uma rede que se distribui em constelações dispersas de relações desiguais, sendo disseminado por toda a estrutura social, relações essas discursivamente constituídas em campos sociais de força.

Assim, as relações de poder que permeiam as relações de gênero se reproduzem em vários campos: na família, no trabalho, na produção intelectual, enfim nas diversas relações sociais. É esse investimento nos jogos sociais que torna o homem verdadeiramente homem, com senso de honra e virilidade, princípio incontestável de todos os deveres para consigo mesmo, para permanecer digno dos seus próprios olhos, de certa ideia de homem (BOURDIEU, 2012). Vale ressaltar que não só o poder simbólico dos homens que perpetua nas relações de gênero, mas, sobretudo, o poder material.

Além disso, o poder apresenta suas nuances e está presente nas classes dominantes e nas subalternas, nos contingentes populacionais brancos e não-brancos (SAFFIOTI, 1987). Uma mulher que, em decorrência de sua riqueza, domina muitos homens e mulheres, sujeita-se ao jugo de um homem, seja seu pai ou seu companheiro.

Welzer-Lang (2001) também relata que, embora a dominação masculina e as relações sociais de sexo tenham sido frequentemente citadas como relações sociais entre homens e mulheres, essa dominação também se perpetua entre os homens. Ainda de acordo com o autor essa construção social da dominação da masculinidade inicia-se muito cedo, pois para ele “Trata-se de um ritual de passagem que deve ser permanentemente mantido como prova da virilidade e como sustentação identitária (ZANELLO, 2014, p. 46). É nos lugares

monossexuados<sup>19</sup> que a educação dos meninos estrutura o masculino de maneira paradoxal e inculca nos pequenos homens a ideia de que, para ser um *verdadeiro homem*, eles devem combater os aspectos que poderiam associá-lo às mulheres.

Assim, esses *pequenos homens* entendem que para fazer parte do grupo dos *Grandes Homens* é preciso ser detentores dos poderes masculinos sobre as mulheres e também sobre outros homens. Para Welzer-Lang (2001), pode-se distinguir entre os *Grandes-homens*, aqueles que têm um poder político, religioso (ou mágico), econômico, guerreiro, administrativo, científico, universitário, e pôr na balança esse poder, instituído e instituinte, com os privilégios que obtêm esses homens em suas funções nas relações com as mulheres e com os homens.

Simone de Beauvoir (2009) defendia que a mulher não nasce mulher, mas que se faz mulher. Portanto, o mesmo se aplicaria ao dito primeiro sexo: o homem não nasceria homem: ele tornar-se-ia homem. Se a masculinidade pode ser ensinada e ser construída, não há dúvida de que ela pode ser transformada, já que o que se construiu pode, então, ser “demolido” ou “desconstruído”, para ser, novamente, construído.

Do mesmo modo, Boris (2011) postula que o modelo masculino não é universal e que também não permanece por todas as épocas e em todas as culturas. Para o autor, a masculinidade se configura como uma ideologia que procura justificar a dominação masculina, mas não seria uma essência ou natureza. Boris (2011) ainda acrescenta que Margareth Mead foi precursora da ideia da multiplicidade masculina, demonstrando que a sociedade é um excelente laboratório de observação dessa diversidade, e que a masculinidade difere não apenas de acordo com a época e a cultura, mas segundo a classe social, a raça e a idade do homem.

Desse modo, entende-se que são inúmeros os processos, com os quais se pode problematizar a constituição e modos de subjetivação do homem, produzidos pelos diferentes movimentos que se situam na construção social das relações de gênero. Partindo desse argumento e considerando o contexto da construção social da masculinidade e sua interface com a saúde, busca-se, a seguir, estreitar o diálogo sobre as políticas de saúde do homem, bem como refletir sobre as experiências do homem, no que tange ao cuidado com a saúde, especificamente os cuidados com a sua saúde mental.

### 3.2 Implicações da saúde mental do homem cuidador familiar

---

<sup>19</sup> (Pátios de colégios, clubes esportivos, cafés..., mas mais globalmente o conjunto de lugares aos quais os homens se atribuem a exclusividade de uso e/ou de presença). Esses lugares e espaços foram nomeados por Daniel Welzer-Lang (2001) como *a casa dos homens*, fazendo uma referência aos trabalhos de Maurice Godelier.

Nas últimas décadas, tem ocorrido um movimento importante, voltado para o debate acerca da necessidade do desenvolvimento de políticas de saúde direcionadas, especificamente, para a população masculina. Nesse sentido, busca-se compreender os fatores que levam aos agravos da saúde do homem, sobretudo a sua saúde mental, a partir da abordagem de gênero.

Diante da necessidade do estabelecimento de respostas específicas para as singularidades das condições de saúde da população masculina, o Ministério da Saúde lançou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (BRASIL, 2008). O objetivo principal dessa política é:

Promover a melhoria das condições de saúde da população masculina do Brasil, contribuindo, de modo efetivo, para a redução da morbidade e mortalidade dessa população, por meio do enfrentamento racional dos fatores de risco e mediante a facilitação ao acesso, às ações e aos serviços de assistência integral à saúde (BRASIL, 2008).

Uma das preocupações centrais dessa política é a promoção do acesso da população masculina aos serviços de atenção primária à saúde. Pesquisas têm mostrado que a presença de homens nos serviços de atenção primária à saúde é menor do que a das mulheres (GOMES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2007).

Em contrapartida, a principal porta de entrada no Sistema de Saúde para a população masculina tem sido os serviços de atenção ambulatorial e hospitalar de média e alta complexidade, em estágios já avançados do adoecimento. Esse procedimento não apenas contribui para a maior vulnerabilidade dos homens a enfermidades graves e crônicas, bem como a mortalidade mais precoce deles em comparação com as mulheres como também onera o sistema de saúde com tratamentos prolongados e de alto custo, que poderiam ser evitados por meio de cuidados preventivos (FERRAZ; KRAICZYK, 2010).

Com o intuito de diminuir a discrepância existente entre os dois sexos, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem está alinhada com a Política Nacional de Atenção Básica, que é a porta de entrada do Sistema Único de Saúde, e com as estratégias de humanização em saúde, em consonância com os princípios do SUS, fortalecendo ações e serviços em redes e cuidados da saúde (BRASIL, 2008). Essas ações buscam o desenvolvimento de mecanismos de fortalecimento e qualificação da atenção primária para atender às necessidades de saúde da população masculina.

Dessa forma, abordar o tema da construção social e cultural do cuidado à saúde do homem exige a exploração dos diversos significados atribuídos pelos sujeitos a essa experiência de vida, situando essa discussão na perspectiva da desigualdade nas relações de gênero. O gênero como um modo de constituição de sujeitos e subjetividades, que se articula com outras

categorias como classe, geração, raça, além de declinar em práticas sociais, culturais e de poder e estabelecer diferenças e lugares (ANDRADE, 2014), ajuda na discussão sobre a complexidade que envolve os cuidados à saúde do homem, sobretudo àqueles concernentes aos sofrimentos de ordem mental.

A fim de aprofundar essa discussão, devem ser pensadas as atitudes masculinas aversivas a aderência à medidas preventivas de saúde, em especial a saúde mental, a partir do viés das relações de gênero. É com base nessa formulação inicial que se busca uma reflexão sobre a articulação entre os campos da saúde mental e as relações de gênero, considerando não só os aspectos biomédicos, mas acima de tudo voltando o olhar para os fatores sociais que engendram os transtornos mentais, os quais, por sua vez, acarretam de maneira diferenciada sofrimento psíquico em homens e mulheres.

Sendo assim:

Se o sofrimento psíquico é mediado pela linguagem e pela cultura, para acessá-lo é necessário qualificar a fala do paciente, não apenas em seus aspectos objetivos, mas como expressão simbólica e construtiva daquele. O sofrimento psíquico deve ser compreendido assim em toda a sua complexidade, na qual os aspectos sociais e históricos específicos do sujeito confluem. Dentre estes aspectos importantes na constituição dos sujeitos, temos as relações de gênero (ZANELLO, 2014, p. 44).

Ou seja, se o sujeito se constitui nas relações de gênero, por meio das quais o homem tem a necessidade de reafirmar a todo instante seu poder absoluto, é possível que o fato de o homem adotar menos as medidas de saúde encontre justificativa na idealização deste como sexo forte. Reconhecer que precisa de ajuda é admitir fraqueza, é ser “comparado à mulher” (BOURDIEU, 2012), visto que o homem é o indivíduo que não pode adoecer e que o cuidado (da saúde e da saúde mental) não é visto como uma prática masculina.

Desse modo, a negação do sofrimento psíquico pelo homem pode ser compreendida com base nas concepções socioculturais e/ou biologizantes que naturalizam o sofrimento psíquico da mulher. Tais concepções relacionam o sofrimento das mulheres a suas supostas “vulnerabilidades” ou, então, uma suposta “natureza” do sofrimento feminino que tem estado presente nas práticas da psiquiatria há muito tempo (ANDRADE, 2014), vulnerabilidade essa que pode provocar medo e angústia no homem, como afirma Pierre Bourdieu no trecho seguinte:

A exaltação dos valores masculinos tem sua contrapartida tenebrosa nos medos e nas angústias que a feminilidade suscita: fracas e princípios de fraqueza enquanto encarnações de vulnerabilidade da honra [...]. Assim, para fazer do ideal impossível da virilidade o princípio de uma enorme vulnerabilidade (BOURDIEU, 2012, p. 64-65).

Para o referido autor, a virilidade tem que ser validada pelos outros homens e, nesse caso, não demonstrando fragilidade na saúde, porque os papéis definidos para os homens pelos próprios homens os impossibilitam de fraquejar. Badinter (1993) afirma que a interiorização das normas da masculinidade, nos primeiros anos de vida, se intensifica na adolescência, exigindo uma repressão suplementar dos desejos passivos. Para a autora:

Esse é o momento em que o sofrimento e o medo da feminilidade e da passividade começam a se tornar evidentes. A maioria dos jovens luta contra esse sofrimento interior reforçando ainda mais as muralhas da masculinidade (BADINTER, 1993, p. 56).

Dessa forma, observa-se que para os homens a construção social do papel do “macho viril” o “verdadeiro homem” é tão nociva e mutiladora para eles quanto o é a imagem de feminilidade construída para as mulheres (SAFFIOTI, 1987). Ou seja, manter a virilidade exige muitas renúncias do homem, marcando o processo de construção da masculinidade. Saffioti (1987, p. 26) acrescenta que “o homem só será considerado macho na medida em que for capaz de disfarçar, inibir, sufocar seus sentimentos. A educação de um verdadeiro macho inclui necessariamente a famosa ordem: Homem (com H maiúsculo) não chora”.

E, se as mulheres fazem a aprendizagem das virtudes negativas da abnegação, da resignação e do silêncio, quando submetidas a um trabalho de socialização que tende a diminuí-las, a negá-las, “os homens também são prisioneiros e, sem se aperceberem, vítimas, da representação dominante” (BOURDIEU, 2012, p. 63) e “quantos não tiveram que engolir as lágrimas diante da tristeza, da angústia, do luto, em nome dessa norma de conduta” (SAFFIOTI, 1987, p. 26).

De outra forma, existe a visão do homem menos propenso ao sofrimento psíquico que está aliado a uma visão histórico-sociocultural, uma construção no campo biomédico, que se estende às políticas de saúde.

De acordo com a Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial de Saúde/ONU, a prescrição de medicamentos psicotrópicos, medicamentos que incluem drogas contra ansiedade, antidepressivos, sedativos, é mais alta entre as mulheres. Esse uso maior de medicamentos pode ser parcialmente explicado por uma prevalência maior de transtornos mentais comuns entre as mulheres. Em outro momento, o relatório aponta que quase todos os estudos afirmam que os transtornos, devidos ao uso de substâncias e aos transtornos da personalidade antissocial, são muito mais comuns entre homens do que entre mulheres (OMS, 2001).

Em posse do que foi apresentado nesse relatório, é possível perceber, diante da interface

gênero e saúde mental, que coube aos homens, ainda que em uma situação de ‘desvantagens’ em relação aos outros homens, a predominância de transtornos que estão relacionados à sua virilidade, como, por exemplo, o Transtorno Antissocial. De acordo com o Manual de Diagnóstico e Estatística dos Transtornos Mentais (DSM V), os critérios utilizados para o diagnóstico desse transtorno consideram, entre outros sintomas, a irritabilidade e agressividade, indicada por repetidas lutas corporais ou agressões físicas, sobre os quais se observa que esses sintomas estão estritamente atrelados à reafirmação “de macho” do homem.

Observando por outro viés, pode-se dizer que esse documento atribui à mulher a predominância de Transtornos Depressivos, quando se compara às atribuições dadas ao homem. Estima-se que a prevalência de ponto dos episódios depressivos unipolares em 1,9%, no sexo masculino, e 3,2%, no feminino; e que 5,8% dos homens e 9,5% das mulheres passarão por um episódio depressivo em um período de 12 meses (OMS, 2001). Ainda recorrendo-se ao DSM V, apresentam-se, por exemplo, os critérios para diagnóstico do Transtorno Depressivo Maior, cujos sintomas são: humor deprimido na maior parte do dia, quase todos os dias; e sentimento desvalorização ou com culpa excessiva, quase todos os dias. Não é difícil perceber que cai sobre a mulher a predominância dos transtornos relacionados à impotência, à fragilidade, à desvalorização.

Zanello (2010) sublinha que a interpretação desses dados conduz a entendimentos diferenciados quando levadas em consideração as duas correntes que os norteiam. Na primeira, corrente biológica, há uma ênfase nos sintomas, na doença, em detrimento da subjetividade, desqualificando as condições existenciais e materiais dos sujeitos em sofrimento psíquico.

Na segunda corrente, privilegia-se uma leitura sociocultural, mostrando indicadores psicossociais que influenciam a expressão da saúde mental. Nessa perspectiva, o sofrimento psíquico seria compreendido como resultado de papéis sociais, de relações de gênero e da pressão disso sobre o sujeito (ZANELLO, 2010).

Desse modo, pode-se observar que muitos fatores têm contribuído para dificultar a procura do homem por serviços de medidas preventivas de sua saúde. A maneira diferente, como homens e mulheres se socializam, está relacionada à dificuldade que os homens têm em adotar medidas preventivas. E o que parece é que, para o homem, ser doente é ter a sua supremacia de dominação limitada, perdendo quase totalmente o seu poder.

Essa situação reflete o entrecruzamento das barreiras sociais na articulação das questões de gênero com as questões da saúde mental. Se, de um lado, a resistência masculina à procura por cuidados preventivos e primários decorre das variáveis culturais que estabelecem uma dissociação entre os valores de masculinidade e fragilidade representada pela doença, como

afirma Ferraz e Kraiczky (2010), por outro, a justificação pela suposta vulnerabilidade ou natureza do sofrimento feminino é percebida na predominância das mulheres no processo da Reforma Psiquiátrica.

Dessa maneira, é possível observar a existência de níveis de desigualdade de gênero nas condições de acesso por diferentes segmentos da população aos serviços de saúde. É preciso produzir reflexões sobre masculinidades e feminilidades, referentes as práticas atribuídas e incorporadas por homens e mulheres ao cuidado com a saúde em um contexto social. Sob essa ótica, observa-se que as relações de gênero apontam mais para "diversidade do que diferença como resposta à dicotomia e desigualdade" (MEDRADO; LYRA; AZEVEDO, 2011, p. 46).

Corroborando as afirmações anteriores, Ferraz e Kraiczky (2010) defendem que as políticas de saúde podem contribuir para a superação dos obstáculos determinados pelas desigualdades de gênero ao cuidado com a saúde por meio de distintas estratégias. Segundo os mesmos autores, para que isso possa acontecer, o primeiro passo implica o reconhecimento da impossibilidade das políticas serem “neutras” em relação às desigualdades; ou seja, não responder a elas significa contribuir para sua manutenção.

No tocante à construção social de gênero como constituinte e constitutivo das representações sobre a masculinidade e feminilidade e o cuidado à saúde, a discussão, por sua vez, remete à problematização das diferenças e às particularidades de grupos e sujeitos expressas na forma em que homens e mulheres cuidam da saúde.

No âmbito da saúde mental, a discussão sobre gênero e a compreensão dos fenômenos psíquicos implica o desafio de romper com a hegemonia do discurso biomédico sobre a doença mental, uma vez que esse sempre foi objeto de discussão na trajetória da Reforma Psiquiátrica.



## 4 METODOLOGIA

### 4.1 O Método Fenomenológico

O termo fenomenologia deriva de duas palavras de raízes gregas: *phainomenon* (aquilo que se mostra a partir de si mesmo) e *logos* (ciência ou estudo) e, segundo sua etimologia, Fenomenologia é o estudo ou a ciência do fenômeno (MOREIRA, 2004). O termo surgiu pela primeira vez com Lambert, em 1764, em seu texto *Novo Órganon*. Lambert divide sua obra em quatro partes: a) Diainologia; b) Alethiologia; c) Semiótica; e d) Fenomenologia ou teoria da aparência. Assim, a Fenomenologia foi compreendida, inicialmente, como teoria da aparência, sinônimo de visão falsa da realidade (CAPALBO, 2008).

Em 1770, o termo é retomado por Immanuel Kant em carta remetida a Herz intitulada: *A Fenomenologia em Geral*. Em 1807, reaparece com Hegel com a *Fenomenologia do Espírito*, quando se definirá como um método e uma corrente na tradição filosófica (DARTIGUES, 2008).

Contudo, é com Edmund Husserl (1859–1938) que o termo Fenomenologia se perpetua no século XX no combate ao “psicologismo reinante que pretendia explicar todo pensamento como resultado da ação das condições psicológicas do indivíduo” (CAPALBO, 2008, p. 37). Dessa forma, Edmund Husserl passa a ser considerado o pai da fenomenologia clássica, o verdadeiro iniciador desse movimento, que deu um novo olhar e um novo conteúdo a um termo já antigo. Com essa abordagem, ele procura substituir “uma fenomenologia limitada por uma ontologia impossível por uma fenomenologia que dispensa a ontologia como disciplina distinta, que seja, pois, à sua maneira, ontologia – ciência do ser” (DARTIGUES, 2008, p. 11).

Com Husserl, a Fenomenologia se constituiu uma ciência voltada para o estudo daquilo que se manifesta à consciência intencional (consciência de), uma ciência dos fenômenos. Como tudo o que aparece é fenômeno, Husserl ressalva que os fenômenos de que trata a Fenomenologia não são os fenômenos considerados como os da ciência. Para Husserl:

A Fenomenologia não será uma ciência dos fatos, mas sim das essências<sup>20</sup>. Os fenômenos que ela estuda não são os fenômenos reais do mundo, mas sim os fenômenos que sofreram as reduções transcendentais e que Husserl chamará de fenômenos irrealis (CAPALBO, 2008, p. 50).

A Fenomenologia se mostra uma forma totalmente nova de fazer filosofia, deixando de

---

<sup>20</sup> “[...] o invariante que persiste a despeito de todas as variações a que a imaginação submete o exemplo que serve de modelo” (DARTIGUES, 2008, p. 38).

lado especulações metafísicas abstratas, dando destaque à experiência vivida (MOREIRA, 2004).

A Fenomenologia fundada por Husserl no início do século XX, na Alemanha, influenciou o pensamento filosófico e científico contemporâneo no ocidente. Nomes como: Martin Heidegger, Maurice Merleau-Ponty, Jean-Paul Sartre, Paul Ricoeur, Max Scheler, entre outros, se tornaram grandes difusores da Fenomenologia. Embora esses autores tenham compreensões diversas da Fenomenologia, todos os seus estudos conservaram a atitude fenomenológica (CAPALBO, 2008).

A Fenomenologia surge como uma Filosofia interessada em estudar os procedimentos conscientes, dependentes de objetivos universais existentes, a exemplo da matemática e da lógica, com a tentativa de descobrir um modo verdadeiramente filosófico de estudar a consciência. Husserl e outros fenomenólogos subsequentes constataram haver nessa Fenomenologia, essencialmente filosófica, grandes possibilidades para práticas nas Ciências Humanas (MARTINS; BICUDO, 2005).

Dessa forma, a Fenomenologia contribuiu com a renovação dos métodos e com a orientação dos problemas, tanto na Filosofia quanto nas Ciências Humanas. Como método de investigação a Fenomenologia se desdobra em dois grandes caminhos: o filosófico e o empírico, tendo como ponto de partida a realidade, cujo objetivo é a sua compreensão.

No âmbito filosófico, essa compreensão irá ficar sempre centrada no que diz a análise. O filósofo ou analista apreende o objeto e pela reflexão chega a compreender sua essência. No âmbito empírico o objeto em primeira instância é sempre o universo do “outro”, é sempre uma parcela do mundo vista pelos olhos do sujeito (MOREIRA, 2004).

Embora os dois caminhos convirjam no ponto de partida e objetivos, eles possuem diferenças na forma de condução. Ou seja, as ciências compreensivas visam os sujeitos empíricos, suas vivências, atos e produções concretas, no universo de valores e significados historicamente determinados, ao passo que a fenomenologia filosófica visa o sujeito transcendental como condição de todas as experiências humanas possíveis (FIGUEIREDO, 2012).

O autor acrescenta que, enquanto a fenomenologia filosófica capta as essências ideais dos fenômenos, as estruturas e os modos intencionais da consciência transcendental, a prática das ciências compreensivas, por meio da universalidade dessa estrutura, ela permite a captação do psíquico na esfera da consciência individual. Dessa forma, a fenomenologia filosófica fornece “os instrumentos conceituais necessários à prática da compreensão que supera o nível do senso comum e que se possa validar rigorosamente” (FIGUEIREDO, 2012, p. 183).

Assim, para melhor entendimento da prática das Ciências Compreensivas na Fenomenologia, torna-se imprescindível o conhecimento minimamente da fenomenologia filosófica, reconhecendo seu campo de ação, “a fim de não fazer uma mera colagem de perspectivas distintas”, como alerta Holanda (2011, p. 42).

Como visto, a Fenomenologia como método de investigação no campo das Ciências Humanas tem se expandido nas mais diversas áreas do conhecimento. Na Psicologia, “a atitude fenomenológica e as ideias centrais que orienta a Fenomenologia abriram um caminho fecundo para o estudo do comportamento do homem” (CAPALBO, 2008, p. 61).

Ela tem procurado descrever de maneira concreta e original como o corpo, os outros e o mundo aparecem na experiência vivida. Isso significa que, ao escolher o método fenomenológico para conduzir a pesquisa em psicologia, o pesquisador deverá reavivar (fazer reviver, tornar vivo o espírito), tematizar<sup>21</sup> e compreender os fenômenos da vida cotidiana à medida que tais fenômenos são vividos, experienciados e, conscientemente, percebidos (MARTINS; BICUDO, 2005; CAPALBO, 2008).

Dessa maneira, a psicologia fenomenológica é descritiva, pois parte da experiência e vivência concreta; é eidética e empírica, por ser uma reflexão sobre generalidade e tipicidades da vivência e identificar, por sua descrição, as essências pré-existentes; e é intencional, porque revela a consciência e suas ligações com a organização da experiência (HOLANDA, 2011).

A Fenomenologia, como modelo de investigação científica no campo da Psicologia, possui a capacidade de explorar, compreender e explicar aspectos de ordem descritiva e subjetiva do objeto de estudo, enfocando fenômenos subjetivos na crença de que verdades essenciais acerca da realidade são baseadas na experiência vivida, possibilitando que o sujeito investigado traduza por meio da linguagem o significado do fenômeno (MOREIRA, 2004).

Nesse sentido, o referido autor ainda acrescenta que, na fenomenologia o pesquisador precisará que os sujeitos da pesquisa lhe relatem suas experiências, suas compreensões, seus sentimentos e suas impressões. Só assim poderá ele caminhar na direção da essência do seu objeto, que em suma, é a visão que o outro tem da própria experiência (MOREIRA, 2004).

Partindo dessas premissas, com a Fenomenologia como método teórico-filosófico desse estudo, buscou-se descrever e interpretar o ser do fenômeno, livre de preconceitos, compreendendo sua essência e desvelando os elementos de significados, a partir dos relatos do homem cuidador da esposa em sofrimento psíquico grave, com base em experiências vividas no cuidado e seu possível adoecimento mental. Dessa forma, esta pesquisa teve a intenção de

---

<sup>21</sup> Pôr de forma estabelecida, localizada no assunto ou tópico sobre o qual se vai discursar, dissertar ou falar seriamente (MARTINS; BICUDO, 2005, p.76).

apreender o fenômeno tal como é experimentado pelo ser que o vivencia.

Assim, como o profissional de saúde conhece a doença a partir dos seus sintomas, das suas causas e do seu tratamento, o cuidador, da sua maneira, também a conhece. Sendo assim, faz-se necessário focalizar a percepção do cuidador, a partir dos significados que a vivência tem para o próprio sujeito, bem como das suas expectativas em relação ao sofrimento da esposa (OLIVEIRA; LUNARDI; SILVA, 2005).

A compreensão e a interpretação dos fenômenos pelos seus significantes e contexto são tarefas presentes na produção do conhecimento, o que leva a perceber a vantagem no emprego do método qualitativo, por possibilitar uma visão mais abrangente dos problemas e contribuir para o contato direto com o objeto de análise, e ainda fornecer um enfoque diferenciado para a compreensão da realidade. De acordo com Moreira (2004, p. 41), “[...] se quisermos alocar o método fenomenológico a alguma corrente de pesquisa, fatalmente ele estará bem mais referenciado como pesquisa qualitativa”.

Na pesquisa qualitativa, as ideias que permeiam toda a investigação são das questões relacionais, de representações e crenças, decorrentes dos produtos da interação humana, a partir da visão desses sujeitos envolvidos naquele meio. Desse modo, busca-se entender as reflexões e sentimentos diante de toda trajetória de vida e do momento que estão vivendo, sem deixar de valorizar a subjetividade e a singularidade de cada um como parte da sua realidade social.

O método qualitativo é o que se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam (MINAYO, 2010, p. 57).

Sendo assim, a abordagem metodológica que norteia esta pesquisa se configura como qualitativa fenomenológica, com a qual, a partir dos dados empíricos e da análise dos depoimentos dos participantes, buscam-se os elementos do significado que permitirão a visão da estrutura da experiência vivida de cada cuidador, sujeito protagonista deste estudo.

## **4.2 Local da pesquisa**

O estudo foi realizado no município de Rolim de Moura – RO (Apêndice C), o qual está inserido no contexto espacial amazônico, situado na região Centro Sul do Estado de Rondônia, a distância de, aproximadamente, 477 km da capital, Porto Velho. De acordo com o Censo de 2010, Rolim de Moura tinha 50.648 mil habitantes (IBGE, 2010).

Atualmente, tem sua formação política estruturada da seguinte forma: Rolim de Moura, sede municipal, e Nova Estrela de Rondônia, único distrito, situado na linha 208 a 25 km da

sede do município. O Município confronta-se com Castanheiras ao Norte, Santa Luzia D'Oeste e Alta Floresta D'oeste ao Sul, Pimenta Bueno, São Felipe e Cacoal a Leste, Novo Horizonte D'oeste a Nordeste e está incrustado na Região Centro-Sul do Estado, situando-se a uma altitude média de 261 metros.

Está localizado na região do estado, denominada Zona da Mata, uma das sete Regiões de Saúde<sup>22</sup> do estado de Rondônia (Apêndice D). De acordo com o Ministério da Saúde, considera-se Região de Saúde:

Espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde (BRASIL, 2011).

A V Gerência Regional de Saúde (Apêndice E) conta com atual fluxo de atendimento em oito Municípios de Abrangência, sendo eles: Rolim de Moura, (município sede da Regional), São Miguel do Guaporé, Novo Horizonte D'Oeste, Castanheiras, Alta Floresta D'Oeste, Santa Luzia D'Oeste, Alto Alegre do Parecis, Nova Brasilândia do Oeste e Parecis, totalizando 135. 241 habitantes (IBGE, 2010).

Ainda dentro do sistema de atendimento regionalizado de saúde está o Centro Especializado em Reabilitação (CER), o qual conta com uma equipe formada por dois médicos Especialistas (neurologista e ortopedista), duas fonoaudiólogas, três psicólogos, cinco fisioterapeutas e três funcionários de apoio. O CER realiza, mensalmente, 700 atendimentos distribuídos entre todos os serviços oferecidos.

#### *4.2.1 Rede de Atenção Básica de Saúde do Município de Rolim de Moura*

Quanto à Rede de Atenção Básica, o fluxo atual de atendimento<sup>23</sup> da saúde do município de Rolim de Moura (Apêndice F) conta com um CAPS I, seis Unidades Básicas de Saúde (USB) e 13 equipes Estratégias de Saúde da Família (ESF), sendo que quatro possuem atendimento à saúde bucal e três possuem equipe de atenção prisional (presídio, casa de detenção e semiaberto).

A ESF incorpora os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), (BRASIL, 2000), e

<sup>22</sup> Para ser instituída, a Região de Saúde deve conter, no mínimo, ações e serviços de: I - Atenção Primária; II - Urgência e Emergência; III - Atenção Psicossocial; IV - Atenção Ambulatorial Especializada e Hospitalar; e V - Vigilância em Saúde (BRASIL, 2011).

<sup>23</sup> As informações aqui apresentadas foram obtidas em documentos cedidos pela Secretaria de Saúde do município.

se estrutura a partir da Unidade Saúde da Família (USF), (BRASIL, 2006).

A ESF do município é composta por, no mínimo:

- a) Um médico de família (40h);
- b) Um enfermeiro estratégia saúde da família (40h);
- c) Um técnico de enfermagem estratégia saúde da família (40h);
- d) E um mínimo de quatro e máximo de 12 Agentes Comunitário de Saúde (ACS) (40h) para compor a equipe mínima da ESF.

Para aquelas que têm saúde bucal, acrescenta-se ainda:

- e) Um cirurgião dentista (40h)
- f) Um auxiliar saúde bucal (40h)

No atendimento à saúde da população do município, a ESF tem promovido intervenções e estabelecido vínculo com a população, por meio de práticas de saúde humanizadas e apoio social, em especial aos grupos de riscos.

Entre os programas e serviços desenvolvidos junto à comunidade pela ESF, estão:

- a) HIPERDIA - Hipertensão e diabetes nas UBS;
- b) SISPRÉ-NATAL;
- c) Programa Doenças Tropicais (Dengue, Leishmaniose, Tuberculose, Hanseníase e outras);
- d) Clínica da Mulher com atendimento de gravidez de auto risco, cobrindo uma estimativa de 37.950 habitantes, totalizando 74, 21 % da população como mostra a tabela abaixo:

**Tabela 1** – Cobertura da Equipe de Saúde da Família na população de Rolim de Moura comparada aos outros municípios da região, 2014.

Municípios	Teto	Credenciado pelo M S	Cadastro no sistema	Implantadas	Estimativas da população coberta	Proporção de cobertura de população estimada
A. Floresta	12	09	06	06	20.700	86,00
A. Alegre	06	05	05	05	12.833	100,00
N. Brasilândia	02	02	02	02	3.479	100,00
Castanheira	05	05	05	05	17.250	86, 72
N. Horizonte	03	02	02	02	6.900	69,47
Parecis	02	01	01	01	3.450	69, 14
<b>R. Moura</b>	<b>11</b>	<b>11</b>	<b>11</b>	<b>11</b>	<b>37.950</b>	<b>74, 21</b>
Santa Luzia	04	02	02	02	6.900	81, 41

**Fonte:** SEMUSA – Secretaria Municipal de Saúde de Rolim de Moura – RO, 2015.

- e) PSE – Programa Saúde na Escola, que realiza palestras sobre violência e *Bullying* na escola;
- f) SAE – Serviço de Atendimento Especializado (DST, AIDS e Hepatites Virais);
- g) NASF – Núcleo de Atendimento à Saúde da Família.

O NASF foi criado pelo Ministério da Saúde, mediante a Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008 e, atualmente, regulamentado pela Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Configuram-se como equipes multiprofissionais que atuam de forma integrada com as equipes de Saúde da Família (ESF), as equipes de atenção básica para populações específicas (consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais) e com o Programa Academia da Saúde. Seu objetivo é apoiar a inserção da ESF na rede de serviços e ampliar a abrangência, a resolutividade, a territorialização, a regionalização, bem como a ampliação das ações da APS no Brasil (BRASIL, 2011).

O NASF é definido por Três Modalidades: NASF I; NASF II; e NASF III. Este último criado pelo Ministério da Saúde, Portaria 3.124, de 28 de dezembro de 2012. Dessa forma, abriu-se a possibilidade de qualquer município do Brasil fazer a implantação de equipes NASF, desde que tenha ao menos uma equipe de Saúde da Família (BRASIL, 2014).

Considerando que o NASF não se constitui porta de entrada do sistema para os usuários, mas sim de apoio às equipes de SF, ele deve atuar dentro de algumas diretrizes relativas à APS, a saber: ação interdisciplinar e intersetorial; educação permanente em saúde dos profissionais e da população; desenvolvimento da noção de território; integralidade, participação social, educação popular; promoção da saúde e humanização (BRASIL, 2011).

O NASF de Rolim de Moura conta com uma equipe de seis profissionais, sendo:

- a) Um Terapeuta Ocupacional;
- b) Um Médico clínico;
- c) Uma Psicóloga;
- d) Uma Assistente Social;
- e) Um Ginecologista; e
- f) Uma Nutricionista

A atuação integrada da equipe multidisciplinar do NASF permite realizar discussões de casos clínicos, possibilita o atendimento compartilhado entre profissionais, tanto na Unidade de Saúde como nas visitas domiciliares, comporta a construção conjunta de projetos terapêuticos de forma que amplia e qualifica as intervenções no território e na saúde de grupos

populacionais. Essas ações de saúde também podem ser intersetoriais, com foco prioritário nas ações de prevenção e promoção da saúde (BRASIL, 2014).

A Equipe de Saúde do NASF I do município de Rolim de Moura, por meio de seus programas de atendimentos, tem desenvolvido junto à comunidade as seguintes ações:

- a) Atendimento às famílias que cuidam de familiares com transtorno mental grave, orientando sobre cuidados higiênicos e administração de psicotrópicos;
- b) Atendimento às famílias com membros acamados (Alzheimer, AVC, etc.);
- c) Palestras com temas específicos na comunidade junto as ESF;
- d) Atendimento à mulher com orientação à gravidez de risco e prevenção do câncer de colo de útero.

#### 4.2.2 A Rede de Atenção Psicossocial – RAPS de Rolim de Moura

A rede de Atenção Psicossocial (RAPS) atua em consonância com a Atenção Primária à Saúde<sup>24</sup>, porém, atende uma demanda de toda a Região de Saúde da Zona da Mata. Diante desse fato, o referido CAPS que, atualmente é classificado como modalidade de CAPS I, conforme a portaria GM 224/92, encontra-se no momento de transição para CAPS II.

A instituição conta com uma equipe mínima de 10 profissionais, sendo: dois psicólogos, um médico psiquiátrico, um enfermeiro, uma farmacêutica, uma técnica de enfermagem, uma assistente social e três técnicos administrativos.

Os atendimentos estão distribuídos em:

- a) Atendimento Psiquiátrico;
- b) Atendimento Psicológico;
- c) Atendimento psicossocial;
- d) Visitas domiciliar;
- e) Oficinas terapêuticas (música, artesanato, crochê, coral, dança e pintura);
- f) Matriciamento com as ESF.

O CAPS possui uma estrutura básica composta por uma sala de recepção, duas salas de

---

<sup>24</sup> A Atenção Primária à Saúde (APS) representa um complexo conjunto de conhecimentos e procedimentos e demanda uma intervenção ampla em diversos aspectos para que se possa ter efeito positivo sobre a qualidade de vida da população. APS representa o primeiro contato na rede assistencial dentro do sistema de saúde, caracterizando-se, principalmente, pela continuidade e integralidade da atenção, além da coordenação da assistência dentro do próprio sistema, da atenção centrada na família, da orientação e participação comunitária e da competência cultural dos profissionais. São assim estipulados seus atributos essenciais: o acesso de primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde, a continuidade e a integralidade da atenção, e a coordenação da atenção dentro do sistema (BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família, Brasília: Ministério da Saúde, 2010).



atendimentos psicológicos, uma sala de atendimento psiquiátrico, sala de grupo, duas salas de oficinas terapêuticas, uma sala de atividades administrativas, uma farmácia, cozinha e dois banheiros. Além dessa estrutura, possui uma pequena varanda, que serve como local de espera para os usuários em atendimento, e um pequeno jardim.

Por meio do Apoio Matricial<sup>25</sup> e do assessoramento ao trabalho dos ACSs e das ESF no cuidado domiciliar, o CAPS do município em questão tem alcançado significativos avanços no campo da Política de Saúde Mental, que visa à promoção de saúde e de cidadania das pessoas com sofrimento psíquico desse município. O matriciamento tem sido fundamental para propiciar maior consistência nas intervenções realizadas em Saúde Mental.

No processo de integração da saúde mental à atenção primária na realidade brasileira, o Apoio Matricial tem sido o norteador das experiências implementadas em diversos municípios, ao longo dos últimos anos, o qual, tem estruturado em nosso país um tipo de cuidado colaborativo entre a saúde mental e a atenção primária (BRASIL, 2011).

Nesse sentido, o CAPS desempenha um papel importante na rede de atendimento do município e nos programas de Saúde Mental. São mais de 800 atendimentos (intensivos, semi-intensivos e não-intensivos)<sup>26</sup> realizados mensalmente. Contudo, é notável o fluxo de atendimento que não é de natureza dos serviços específicos do CAPS, fazendo com que haja um aumento na demanda da instituição, fato que sobrecarrega os profissionais.

De acordo com o Ministério da Saúde:

As pessoas atendidas nos CAPS são aquelas que apresentam intenso sofrimento psíquico, que lhes impossibilita de viver e realizar seus projetos de vida. São, preferencialmente, pessoas com transtornos mentais severos e/ou persistentes, ou seja, pessoas com grave comprometimento psíquico, incluindo os transtornos relacionados às substâncias psicoativas (álcool e outras drogas) e também crianças e adolescentes com transtornos mentais (BRASIL, 2004, p. 15).

No entanto, essa não é a realidade do CAPS em questão, muitos dos usuários que são encaminhados ao atendimento na instituição não têm uma demanda específica que justifique a necessidade desses serviços. Tal situação pode estar relacionada ao fato de que muitos dos

---

<sup>25</sup> O Apoio Matricial em saúde objetiva assegurar retaguarda especializada a equipes e profissionais encarregados da atenção a problemas de saúde, de maneira personalizada e interativa. Opera com o conceito de núcleo e de campo. Assim, um especialista com determinado núcleo, apoia especialistas com outro núcleo de formação, objetivando a ampliação da eficácia de sua atuação. Trata-se de uma metodologia de trabalho complementar àquela prevista em sistemas hierarquizados, a saber: mecanismos de referência e contra referência, protocolos e centros de regulação (CUNHA; CAMPOS, 2011).

<sup>26</sup> Define-se como atendimento intensivo aquele destinado aos pacientes que, em função de seu quadro clínico atual, necessitem acompanhamento diário; semi-intensivo é o tratamento destinado aos pacientes que necessitam de acompanhamento frequente, fixado em seu projeto terapêutico, mas não precisam estar diariamente no CAPS; não-intensivo é o atendimento que, em função do quadro clínico, pode ter uma frequência menor (BRASIL, 2002).

municípios que fazem parte da Região da Zona da Mata ainda não implantaram o CAPS e os que já fizeram a implantação não possuem profissionais suficientes para atender a demanda.

Porém, tal fato está de acordo com os dados da Organização Mundial de Saúde (OMS, 2001) e do Ministério da Saúde, os quais estimam que quase 80% dos usuários encaminhados aos profissionais de saúde mental não trazem, *a priori*, uma demanda específica que justifique a necessidade de uma atenção especializada.

### **4.3 Participantes**

#### *4.3.1 Da composição e dos critérios de inclusão dos participantes*

Participaram da pesquisa seis cônjuges cuidadores de mulheres em sofrimento psíquico grave atendidos no CAPS de Rolim de Moura – RO. Foram convidados aqueles que acompanhavam suas esposas em atendimento psiquiátrico regularmente no CAPS do município de Rolim de Moura. Sendo assim, a escolha dos participantes se deu por tipicidade ou intencional, a qual, segundo Gil (2008), é um tipo não probabilístico que consiste em selecionar um subgrupo da população que, com base nas informações disponíveis, possa ser considerado representativo de toda a população.

Estabeleceu-se como critérios de inclusão: ser cuidador principal/cônjuge do sexo masculino com idade igual ou superior a dezoito anos; viver uma relação conjugal heterossexual com mais de um ano de duração com parceira que se encontra em sofrimento psíquico grave; e concordar em participar da pesquisa, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A).

Considerou-se como principal cuidador a pessoa que provê ao paciente os principais cuidados primários, tais como alimentação, vestuário, higiene, administração de remédios e finanças. Foram excluídos aqueles que não preencherem esses requisitos pré-estabelecidos.

#### *4.3.2 Caracterização dos participantes e contexto de cuidados*

A idade dos cuidadores variou entre 50 e 71 anos. Quanto ao nível de escolaridade: dois eram analfabetos, dois cursaram apenas o terceiro ano das séries iniciais, um cursou o ensino médio e um, o nível superior. A duração da prestação de cuidados observada, em anos, teve um intervalo de dois a 24 anos. O tempo de relacionamento conjugal variou entre oito e 47 anos, como mostra o quadro 01.

Dos seis cuidadores entrevistados, apenas dois mantinham atividade profissional formal, três eram aposentados e um se declarou autônomo.

**Quadro 1** – Perfil dos cônjuges cuidadores quanto à idade, ao tempo de relacionamento, ao nível de escolaridade, ao tempo de prestação de cuidado e à profissão.

N	Idade do cuidador	Tempo de relacionamento conjugal	Nível de escolaridade	Tempo de prestação de cuidado	Profissão do cuidador
C1	55 anos	30 anos	Analfabeto	22 anos	Aposentado
C2	50 anos	08 anos	Especialista	02 anos	F. público
C3	71 anos	47 anos	3º ano	24 anos	Aposentado
C4	71 anos	24 anos	Analfabeto	13 anos	Aposentado
C5	51 anos	23 anos	3º ano	10 anos	CLT
C6	52 anos	22 anos	Ensino médio	12 anos	Autônomo

**Fonte:** O Autor, 2014.

Cinco cônjuges partilhavam o domicílio com os filhos e um convive apenas com a parceira. No cotidiano, cinco cuidadores consideraram que recebiam apoio de familiares.

Nenhum cuidador relatou ter acompanhamento sistemático de um profissional da saúde mental na residência. Quase todos estavam desassistidos no cuidado, não recebendo aconselhamento ou suporte emocional de um profissional de saúde mental. Com relação ao tempo disponibilizado ao cuidado, quatro cuidadores afirmaram que prestavam cuidados permanentes, referindo-se que ficavam alerta 24 horas por dia, cinco prestavam cuidado nos intervalos do trabalho e à noite.

Todos os cuidadores informantes afirmaram que efetuavam um número elevado de tarefas no cotidiano que se responsabilizavam pela gestão das consultas médicas e medicação. Relataram, ainda, que assumiam a elaboração das refeições, lavavam e passavam roupas e cuidavam da higiene da habitação. Quase todos se encarregavam, diariamente, da higiene corporal, da alimentação, de vestir e dos cuidados em relação à higiene íntima da companheira aos seus cuidados. Mesmo que os sintomas sejam diferentes entre as mulheres em sofrimento mental, esses cuidadores tinham em comum o compromisso diário com essas atividades, alguns mais outros menos.

Nos pressupostos fenomenológico-qualitativos, o ambiente, o contexto no qual os seres realizam suas ações e desenvolvem seus modos de vida, tem um valor essencial para alcançar uma compreensão mais clara do significado que essa vivência tem para eles (OLIVEIRA;

LUNARDI; SILVA, 2005). Com relação ao espaço de vivências dos cuidadores, esse tinha como localização os bairros periféricos da cidade e de difícil acesso. As moradias eram simples e com pouca ventilação; algumas não eram arborizadas ao redor ou sem nenhum lugar de convivência social como uma varanda, por exemplo, levando a família a passar todos os momentos no interior da residência.

#### **4.4 Instrumentos**

Como instrumento de coleta de dados, foi utilizada a entrevista semiestruturada (Apêndice B). Para Minayo (2011, p. 64), a entrevista semiestruturada é aquela que “combina perguntas fechadas e abertas, em que o entrevistado tem possibilidade de discorrer sobre o tema em questão sem se prender à indagação formulada”. As questões abertas puderam ser respondidas com base no conhecimento que o entrevistado possuía imediatamente a mão. As questões fechadas ou controladas eram voltadas para a literatura científica sobre o tópico, ou com base nas suposições teóricas do pesquisador (FLICK, 2009).

Na pesquisa ainda se utilizou da observação como instrumento de coleta de dados. A técnica de observação costuma ser empregada como “estratégia complementar ao uso das entrevistas”, nas interações com os sujeitos, em momentos considerados importantes para o estudo (MINAYO, 2011, p. 280). As observações, na abordagem qualitativa, são aquelas em que o pesquisador faz anotações de campo sobre o comportamento e as atividades dos indivíduos no local da pesquisa (CRESWELL, 2010).

Nessas anotações, o pesquisador registra de uma maneira não estruturada as atividades no local da pesquisa, por meio de um Diário de Campo, as quais são influenciadas pela percepção do pesquisador. Essas informações levam em consideração não apenas os aspectos que são deixados de lado, mas, sobretudo, àqueles que encontram seu caminho dentro das notas (FLICK, 2009).

As anotações no Diário de Campo compreenderam as descrições detalhadas de cada visita realizada aos participantes, e também nos encontros observados. As informações foram organizadas de acordo com a ordem cronológica dos eventos, sendo os dados redigidos após o término de cada procedimento. Nesse dispositivo, foram anotadas as impressões pessoais sobre os diálogos, sobre os fatos observados, assim como as primeiras interpretações dos eventos observados na coleta de dados.

#### 4.5 Procedimentos de coleta das informações

Para dar início aos procedimentos de elaboração deste estudo, foi feito inicialmente, contato com a coordenação do CAPS de Rolim de Moura, objetivando obter permissão para compor a amostra dos participantes da pesquisa de campo, por meio dos históricos familiares anotados nos prontuários. Na oportunidade, foi apresentada a Carta de Encaminhamento à Instituição Sediadora (Anexo 1). Após a concordância, foi solicitada a assinatura da Carta de Anuência da Instituição Sediadora (Anexo 2), deixando registrado que a realização da pesquisa seria somente após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP). Em seguida, o projeto foi submetido ao CEP da Universidade Federal de Rondônia – UNIR.

Após a aprovação do CEP, sob o parecer de nº 650.879 (Anexo 3), o pesquisador retornou ao CAPS. A partir de uma conversa prévia com a equipe técnica da instituição, foi possível dimensionar o universo de pesquisa. Nesse momento, optou-se por delimitar a natureza da doença mental apresentada pela esposa, sendo definido então que a população a ser investigada seria apenas os cuidadores do sexo masculino de parceiras usuárias do CAPS que se encontravam em sofrimento psíquico grave.

A partir de então, por meio dos prontuários, foi realizada uma triagem para escolher os possíveis participantes deste estudo. Nessa etapa, buscou-se identificar nos prontuários e nas fichas de atendimentos aquelas usuárias que tinham como responsável e acompanhante o esposo. Em seguida, foram anotadas, no Caderno de Campo, as datas e horários de retorno ao atendimento de cada usuária.

Sendo assim, o primeiro contato com os participantes foi realizado no CAPS após o atendimento da esposa. Nesse encontro, o pesquisador apresentou ao cuidador a pesquisa, seus objetivos e o tipo de participação desejada. Após a obtenção do consentimento, foi explicada a questão que iria ser colocada na entrevista a se realizar em momento posterior. Nessa etapa foi solicitado o nome, endereço e telefone dos participantes para discussão de datas e horários para os encontros nas residências dos cuidadores. Após uma semana, o pesquisador telefonou para todos cuidadores que concordaram em participar da pesquisa, quando foram definidos datas e horários de acordo com a disponibilidade de cada um.

Para a realização da pesquisa, foram adotados os procedimentos básicos e éticos de respeito aos voluntários e à instituição. Somente após a autorização para a aprovação do CEP, foi iniciada a coleta das informações por meio de entrevistas semiestruturadas. No decorrer de todo o processo de estudo, foram observadas as normas da Resolução nº. 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS) – Ministério da Saúde, que regem pesquisas envolvendo Seres

Humanos.

Nesse sentido, foram observados: (1) a garantia do esclarecimento sobre a metodologia no início e durante o processo de coleta dos dados; (2) a liberdade de o sujeito se recusar a participar ou retirar seu consentimento a qualquer momento (por intermédio da formalização do Termo de Consentimento); e (3) a garantia de sigilo dos dados obtidos nas entrevistas.

No primeiro contato *in loco*, o pesquisador realizou a leitura de forma integral do TCLE para cada entrevistado, possibilitando que os mesmos fizessem perguntas e expusessem as dúvidas. Somente após a leitura, sendo realizados esclarecimentos, individualmente, em linguagem acessível e clara, acerca dos objetivos da pesquisa, dos benefícios que proporcionaria, e da não obrigatoriedade de sua participação, sem riscos, os sujeitos foram convidados a assinar o TCLE, sendo informados também de que, em qualquer momento da pesquisa, poderiam solicitar sua exclusão.

As entrevistas ocorreram na residência do cuidador, no horário agendado com ele. Em cada uma delas, foi destacado o direito de sua privacidade e anonimato e não houve exposição pública dele ou de suas informações em nenhum momento da pesquisa, sendo resguardada sua identidade.

O participante foi informado de que o estudo não iria interferir no tratamento de sua esposa e que não haveria nenhum tipo de custeio para ele, bem como nenhuma remuneração pela sua participação. Também foi explicado que as informações deste estudo seriam de uso exclusivamente científico para a área da Saúde e que as entrevistas ficariam sob a guarda e responsabilidade do pesquisador pelo prazo de cinco (5) anos.

O objetivo da entrevista fenomenológica é surpreender o vivido no presente, quando a experiência da pessoa é pensada de repente e dita como pela primeira vez. Na pesquisa fenomenológica, o pesquisador atua como facilitador do acesso ao vivido, e ele pode não ter sido acessado antes, pois “é no ato da relação pessoal, quando surge a oportunidade de dizê-lo, que é acessado” (AMATUZZI, 2011, p. 21). Dessa forma, o roteiro de entrevista norteou o diálogo entre pesquisador e participante.

Quanto ao número de entrevistas a serem realizadas, Bruns e Trindade (2011) afirmam que dependerá do que se obteve em cada uma delas e se os discursos lidos permitem ao pesquisador perceber que já consegue vislumbrar aspectos que se repetem das falas dos entrevistados. Seguindo tais recomendações, foram realizadas três entrevistas com duração entre 30 a 50 minutos, as quais foram gravadas com um gravador digital para, posteriormente, serem feitas as respectivas transcrições. Em todos os casos, foram garantidas a privacidade e a não-interrupção por terceiros.

A primeira parte da entrevista teve como finalidade conhecer as características do cuidador e seu primeiro contato com o sofrimento da esposa. Dessa forma, a entrevista consistiu na caracterização sócio-demográfica; caracterização do tipo e quantidade de cuidados e apoio familiar e externo, a partir da seguinte questão norteadora: Há quanto tempo você cuida da sua esposa e como foi para você lidar com o início da doença?

A segunda entrevista teve como objetivo descrever as vivências do esposo como cuidador. Essa, por sua vez, teve como ponto de partida as seguintes questões: Como você vivencia o fato de ser cuidador de sua esposa que se encontra em sofrimento psíquico? Após você se tornar o cuidador principal de sua esposa, como você se sentiu?

A terceira e última entrevista procurou evidenciar a influência do estado mental da esposa e as suas consequências na relação conjugal. Nessa ótica, foram apresentadas as seguintes questões: Fale um pouco sobre a sua relação conjugal. Como você lida com as mudanças ocorridas no comportamento da sua esposa quanto à relação conjugal?

Para Amatuzzi (2011), na pesquisa fenomenológica, existe um esforço entre entrevistador e entrevistado para ir além das estruturas já dadas, a fim de buscar uma conexão mais fluente com a experiência vivida. Nesse sentido, durante todas as entrevistas foram utilizadas outras questões para clarificar aspectos decorrentes do relato (O que quer dizer com isso? Quer me dar um exemplo? Pode clarificar as razões?). Fale, por favor, fale um pouco mais acerca dessa situação apresentada. Após a coleta das informações foram feitas as transcrições na íntegra de cada entrevista. Em seguida, foi realizada uma leitura minuciosa de cada transcrição para identificação dos temas emergentes dos relatos dos participantes.

Com o intuito de assegurar a privacidade e o anonimato tanto os cuidadores como das demais pessoas mencionadas por eles, seus nomes substituídos por códigos, escolhidos pelo pesquisador.

#### **4.6 Procedimentos de análise das informações**

Concluído o processo de coleta dos depoimentos, procurou-se desprender inferências sobre o papel do cuidador e mergulhar no seu universo, buscando sempre identificar e apreender elementos convergentes entre as falas que poderiam dar sentidos e compreensão sobre o fenômeno estudado. Na análise fenomenológica, busca-se compreender significados e interpretar o fenômeno que é dado à consciência. Buscam-se informações de natureza qualitativa (percepções, significados, processos de conscientização); “busca-se descobrir os sentidos que não são imediatamente manifestos ao nosso intuir, analisar e descrever, devendo

ir além do que é simples e diretamente dado” (MOREIRA, 2004, p. 101).

Cada entrevista, inicialmente, teve como finalidade a intenção de familiarizar o pesquisador com o material coletado. Posteriormente, uma nova aproximação do conteúdo foi realizada, na busca de significações estabelecidas. Nessa etapa, os relatos foram selecionados para alcançar o objetivo proposto pelo estudo. A seleção desses relatos ocorreu em virtude da capacidade destes sujeitos refletirem sobre o próprio processo vivencial, a ponto de mostrar uma tentativa de perceber a si mesmos na rememoração da experiência de cuidador familiar da esposa em sofrimento.

Gaskell (2014) afirma que o objetivo amplo da análise qualitativa é procurar sentidos e compreensão, porque “O que é realmente falado constitui os dados, mas a análise deve ir além da aceitação deste valor presente. A procura por temas com conteúdo comum e pelas funções destes temas” (p. 85).

Eleitos os temas, o processo ao encontro com as falas levou ao recorte de trechos que pudessem elucidar elementos necessários para a compreensão e interpretação do fenômeno. Para Amatuzzi (2011, p. 21), na “[...] análise fenomenológica, o melhor relato é o que procura trazer presente, a experiência vivida”.

Sendo assim, procurou-se captar o fenômeno como emergência das falas, empreendendo uma compreensão, gerando um material referente à dimensão individual do ser cuidador. Após a posse de um repertório individual de significações, procurou-se perceber os pontos comuns entre os relatos e alinhá-los para que permitissem a construção dos núcleos de sentido, a partir da dimensão representativa do fenômeno.



## 5 COMPREENSÃO E INTERPRETAÇÃO DAS INFORMAÇÕES OBTIDAS

*Quem diz compreensão  
diz possibilidade de acesso a uma vivência psíquica que não é nossa.  
Por sua vez, esta possibilidade de acesso remete  
a uma certa forma de coexistência com outrem,  
outrem que está já-aí e com quem entretemos relações muito antes  
que estas relações tenham tornado para nós objeto de reflexão  
(André Dartigues)*

Ouvir o relato de outra pessoa pressupõe uma disponibilidade para acolher o sofrimento e a angústia do outro, assim como perceber pontos de contato e vivências semelhantes às suas próprias narrativas (MELMAN, 2001).

Como forma de compreender e interpretar as vivências do cuidador nesta pesquisa, orientou-se pela proposta de análise fenomenológica elaborada por Sanders (1982). Primeiramente, foram realizadas as entrevistas com o cuidador e, após o encerramento de cada entrevista, o pesquisador ouviu a gravação, procurando atentar para cada relato do familiar, lembrando a expressividade deste e anotando no Caderno de Campo, com o objetivo de tornar mais clara a interpretação. Ao término da coleta das informações obtidas com os participantes, foi feita a transcrição literal de todas as entrevistas para a descrição do fenômeno tal como revelado; em continuidade, foram identificados os temas ou invariantes que emergiram das falas dos cuidadores.

O que identifica um tema é sua importância e sua centralidade e não a frequência com que ocorre. Para concluir essa etapa, fez-se a agregação dos temas em conjuntos de essências que caracterizaram a estrutura do fenômeno (SANDERS, 1982). Considerando os aspectos das informações obtidas a partir das entrevistas correlacionadas com os objetivos da pesquisa, foram identificadas as temáticas emergentes, as quais contribuíram para a compreensão das experiências vividas pelo cuidador familiar, cuja esposa se encontra em sofrimento psíquico, objetivo principal desta pesquisa.

Cada temática corresponde a um conjunto de unidades de significado. Desse modo, cada categoria será representada por fragmentos dos relatos dos cuidadores, com o intuito de exemplificar a experiência e os significados que traduzem e descrevem, de forma sintetizada, as expressões do mundo vivido de cada um no seu papel de cuidador.

As temáticas encontradas foram ilustradas pelos discursos dos colaboradores e, a partir delas, foram exploradas características essenciais compartilhadas entre todos e também aquelas

específicas de cada um que constituem informações representativas das experiências vividas do cuidador familiar na sua convivência conjugal.

Nessa perspectiva, as categorias analíticas deste estudo abordaram os seguintes temas:

1) O desconhecimento do cuidador acerca do sofrimento psíquico da esposa; 2) Dificuldades enfrentadas no cuidado cotidiano; 3) Incapacidade de o esposo lidar com o sofrimento psíquico; 4) Sobrecarga familiar e adoecimento do cuidador; 5) Impacto da doença na relação conjugal; 6) Desesperança e ausência de perspectivas de vida do cuidador; 7) Preconceito e exclusão social vivenciados pelo cuidador e 8) Sentimento de culpa do cuidador pelo adoecimento da esposa.

A fim de manter o sigilo dos participantes do estudo, seus nomes foram substituídos pelos códigos C1, C2, C3, C4, C5 e C6, nos quais a letra C significa cuidador e o número, a ordem dos cuidadores entrevistados.

### **5.1 O Desconhecimento do cuidador acerca do sofrimento psíquico da esposa**

Um dos temas que emergiu dos discursos dos cuidadores foi a incompreensão dos sintomas apresentados na fase inicial da doença.

Ao buscar compreender as vivências dos cônjuges com as esposas em sofrimento, foi constatada, nos discursos desses cônjuges, a incompreensão sobre os sintomas iniciais da doença apresentados pela esposa. A inexperiência com o cuidado implica a falta de paciência do esposo, tornando o relacionamento conjugal conflituoso, tenso.

O impacto inicial da doença, provavelmente, é o que causa maior desorganização, tornando-se imprescindível a solidariedade com o seu sofrimento e a sua dor, permitindo aflorar, no cuidado, a sensibilidade humana do cônjuge/cuidador para que possa compreender a dimensão existencial desse momento, para poder cuidar dela de modo eficiente. As entrevistas revelaram que a maioria dos cuidadores, ao relatarem sobre as suas atitudes perante aos primeiros sintomas da doença, afirmou não perceber que se tratava de um transtorno mental grave.

No relato a seguir, percebe-se que fica evidente o desconhecimento do cônjuge sobre a origem da patologia e a recorrência do sofrimento psíquico na esposa.

O início foi assim, a gente quase não percebe né [...] a mudança do dia a dia, então assim, não estava percebendo. Eu fui apenas conseguir entender o que estava se passando por ela depois de algumas situações que estava se passando no nosso dia-a-dia e na nossa vida. Mas no início é assim, a gente acha que um pouco é um

“estressesinho”, é uma TPM, não sei o que (risos). Você acha que é normal, vai passando aquela semana, vai melhorar, né, mais as coisas vão se agravando (C2).

Além do desconhecimento dos sintomas, identificado na entrevista acima, observa-se também uma desqualificação do sofrimento da esposa pelo cônjuge. A “invisibilidade” dos sintomas tem sua origem na construção social das relações de gênero, cujo sentido repercute, de alguma maneira, resultados de cenários socioculturais que produzem atitudes e práticas cotidianas que parecem reforçar a ideia de que a manifestação de alguns sintomas do sofrimento psíquico são “coisas de mulher”.

Essa visão também é sustentada na perspectiva biologizante, na qual os transtornos mentais leves, frequentemente mais associados à mulher, são explicados em função de seu ciclo reprodutivo, ou seja, reduzindo o ser da mulher ao corpo. Desse modo, a ênfase nos sintomas, na doença, em detrimento da subjetividade, desqualifica as condições existenciais e materiais do sujeito em sofrimento psíquico (ANDRADE; VIANA; SILVEIRA, 2006; ZANELLO, 2010; ZANELLO; BUKOWITZ, 2011).

Também foi possível observar que o sofrimento da parceira apresenta padrões de comportamento não aceitos pelos próprios cuidadores e, por conseguinte, passíveis de rejeição pelo grupo social. Isso levaria a entender que o desconhecimento inicial do esposo em relação aos sintomas apresentados pela esposa pode estar relacionado à dificuldade de aceitação da gravidade da doença.

O depoimento a seguir ilustra tal constatação:

Então a gente vê que é falta de conhecimento do que é. A falta de conhecimento sobre os sintomas, sobre o que é a doença, o tipo de doença que ela tem, principalmente dessas doenças psicológicas, você não tem conhecimento do princípio delas e acha que não é doença. Então você aceitar que é isso, que ela tem isso daí (transtorno mental grave) (risos) é muito complicado a gente aceitar, a família aceitar e entender a situação. É só quando a gente acompanha numa consulta com um especialista e que ele explica o que é, como é que essa coisa (transtorno mental) se manifesta e ensina o que a gente tem que fazer é que a gente entende um pouco (C2).

Observa-se na fala anterior que o cuidador se organiza para tentar compreender e interpretar o sofrimento psíquico da esposa. Há uma necessidade de buscar informações mais específicas sobre a doença. É a partir de suas apreensões, preocupações e angústias que emergem nesse contexto que ele busca ajuda médica, o que lhe auxilia no enfrentamento da doença e facilita a convivência do casal.

O que se pode notar é que diante do diagnóstico de doença mental, os cuidadores, de modo geral, não conseguem compreender o que está acontecendo e desconhecem as possíveis causas que possam justificar tamanha desorganização de comportamento, conduta e afeto. Para

Oliveira, Lunardi e Silva (2005), a partir desse momento, tanto o familiar doente quanto o cuidador sofrem, o que tende a aumentar a desorganização familiar, até que quem cuida alcance um nível razoável de aceitação e controle sobre a doença.

Como a maioria dos cuidadores desconhece formalmente as manifestações iniciais do transtorno mental, esses cuidadores atuam conforme o senso comum. Dartigues (2008, p. 53) afirma que “uma primeira compreensão do doente é a compreensão espontânea do familiar que se vê face a uma conduta desnorteante e que não pode se reagir segundo seu próprio humor”.

Esses cuidadores, então demarcam essa diferença a partir daquilo que para ele parece estranho, não esperado, e não compreensível no comportamento de sua esposa em sofrimento (COLVERO; IDE; ROLIM, 2004). Assim, o modo como o esposo entende a situação parece estar relacionado com o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento. Nesse caso, é possível notar que sem saber o que fazer muitos veem na internação uma possibilidade de solução para a situação.

Já pensei em internar ela (a esposa), mas é muito dolorido né [...]. Digamos que a gente sabe que é passageiro isso aí (a doença da esposa), e a gente interna ela, depois ela melhora e vai acabar ficando com mágoa da gente. Vai dizer: você podia ter cuidado de mim né e você não cuidou [...]. Se tivesse um jeito de internar ela pra que alguém pudesse cuidar dela, eu achava até bom [...], o sofrimento é demais mexer com esse tipo de gente (a esposa) (C1).

[...] se tivesse, vamos supor assim, um local para internação, durante o dia e se a noite ela tivesse em casa seria bom, seria uma melhora dentro de casa (C3).

Nos depoimentos acima, o desejo de internar a esposa são explicitados pelos participantes do estudo. Entretanto, o que se observa nesses cenários é que parece que a internação psiquiátrica não configura uma omissão do cuidado do outro pelos cuidadores, e sim uma forma de aliviar a sobrecarga sobreposta pelo novo papel de cuidador.

Nota-se, ainda, nesse fragmento, que o cuidador, por desconhecer a causalidade da doença, acaba por pensar o internamento da esposa como alívio de suas próprias angústias. A apreensão sobre um possível agravamento da doença da esposa em sofrimento psíquico é assinalada no relato a seguir, o qual revela a preocupação existencial do cuidado. “[...] fiquei meio com medo dela não “voltar” (não sair do surto). Vai que ela não “volta”, aí fiquei meio apreensivo, meio pensativo, mas depois foi tudo bem [...]” (C5). O medo e a insegurança sentidos pelos familiares podem gerar condutas de vigilância, de isolamento no espaço doméstico, e até mesmo chegar a casos de internação psiquiátrica, o que compromete a autonomia dos portadores de transtorno mental (ROSA, 2011).

Esse contexto de incertezas e dúvidas proporciona certa instabilidade na relação

conjugal. Nesse sentido, observou-se que, diante do convívio diário com a esposa em sofrimento psíquico, a relação conjugal sofre alterações.

A compreensão e a convivência no âmbito familiar dependem das crenças, valores e características individuais e culturais de cada cuidador. Assim, observa-se que, ao discorrer sobre o seu papel de cuidador familiar, os esposos trazem em si não só atitudes positivas de cuidado como também representações de conotação negativa, impregnadas de sobrecarga e problemas emocionais advindos da convivência com a esposa, surgindo associações com preconceito, impaciência, solidão, preocupação, sofrimento, tristeza, doença e angústia.

Também se encontra, no discurso dos cuidadores, a concepção do cuidar que possui conotação religiosa, de forma que suas expectativas acerca da cura da doença estão vinculadas ao poder divino. Pode-se perceber na fala dos cuidadores a seguir que, diante da impossibilidade de saber o que fazer, eles buscam acreditar em uma possível cura divina da esposa:

Então a gente prefere sofrer um pouco e pedir a Deus que passe logo essa crise né, e tudo possa continuar tudo bem [...] (C6).

Eu sei que Deus vai curar ela... Eu tenho fé (C3).

Quando eu vou dormir, eu peço a Deus que me dê paciência. Eu falo e fico pensando: se Deus quiser, vai abençoar que ela vai melhorar. Deus está dando força [...] A verdadeira cura vem de Deus. (C5).

Contudo, este fator pode contribuir para o impedimento do avanço da melhoria do estado de sofrimento da esposa. Ao considerarem a fé como única influência na melhoria da doença, esses cuidadores: tornam a esposa em sofrimento psíquico vulnerável a abandonar o tratamento, interferem no uso da medicação, impedindo o avanço no tratamento psiquiátrico, conforme trecho a seguir: “Eu acredito que quem cura essas coisas (doença mental) mesmo é Deus. Tomar remédio e não tomar é a mesma coisa” (C4).

Contudo, o convívio do cuidador com o sofrimento psíquico da esposa trouxe reflexões sobre o seu papel enquanto cônjuge nessa relação e possibilitou novas interpretações sobre o sofrimento psíquico.

## **5.2 Dificuldades enfrentadas no cuidado cotidiano**

As dificuldades relacionadas ao cuidado apresentadas pelo familiares cuidadores (esposos) entrevistados foram variadas. Elas foram expressas pelas preocupações, incômodos, impaciência ou sentimentos de medo diante do comportamento da esposa em sofrimento. Alguns relatos aparecem ilustrando situações expressas pelos esposos na tentativa de

desempenhar seu papel de cuidador:

Tem que ter muita paciência, sempre gera conflito, não tem jeito, até gritar com ela tive que gritar. A gente quer falar ela não deixa. Daí eu dou uns gritos ela sossega. Às vezes nem estou falando dela, e ela pensa que está falando dela, quando está atacada (em crise) (C3).

Difícil menino, complicado [...] é difícil por que eu tenho que cuidar dela tem de fazer de tudo, e ela dana um 'choreiro' sem motivo nenhum. [...] não sei também se não tem motivo nenhum [...] (C1)

[...] já cheguei com essa mulher aí 'trapaiada' (em crise), levava para o hospital, daí ficava uns tempo boa, outros ruim, aí [...] fui vivendo assim, fui vivendo [...] vivi esse tempo todinho, tempo bom, tempo ruim, minha vida foi assim (C1).

O comportamento sentido como imprevisível da esposa em detrimento à saúde dificulta o relacionamento com o esposo em casa. E a fragilidade emocional em que se encontram essas mulheres tem se tornado um fator gerador de conflitos entre os cônjuges. O que parece é que o cuidar da esposa e se manter atento às atividades do cotidiano perturba a tranquilidade desses cuidadores.

Nesse sentido, Dartigues (2008, p. 53) afirma que “a consciência do familiar e a do doente são como dois universos heterogêneos: são como duas melodias executadas simultaneamente; essas duas melodias são tão desarmônicas quanto possível”. É como se existisse uma barreira na comunicação entre o cuidador e a sua esposa; é como se fossem dois estranhos dividindo o mesmo espaço.

Para Oliveira, Lunardi e Silva (2005), existem dois sentidos para o cuidado com a pessoa em sofrimento. No primeiro, a preocupação do cuidador com o ser que é cuidado pode gerar um cuidado eficiente que o libera para tomar decisões e manter seu projeto de vida, contribuindo para sua melhora:

[...] é o momento de ajudar, de buscar uma ajuda psicológica, uma ajuda física, uma ajuda familiar por meio de um remédio, de uma ajuda profissional. [...] um especialista, se for o caso, vamos ao psicólogo, vamos procurar uma equipe que tem esse aprofundamento pra poder está ajudando ela retomar a vida (C2).

No segundo, ao contrário, o cuidado pode tornar a pessoa em sofrimento um ser dependente e incapaz de assumir suas múltiplas possibilidades de ser. Para Rosa (2011), essas diferenças na prestação de cuidado é uma atividade heterogênea, devido as diferentes formas com que se manifesta o transtorno mental, em especial o transtorno mental grave, em cada ser, que pode torná-lo parcial ou totalmente dependente do cuidado do outro.

Por outro lado, algumas entrevistas sinalizaram que o cuidado dispensado à esposa parece estar condicionado a sua submissão, e/ou ao seu controle comportamental pelo cuidador.

Nesse caso, a prestação do cuidado implica o comprometimento da autonomia da esposa doente que fica à mercê do cuidador, que pode exercitar um intenso poder sobre ela, que visa adestrá-la e domesticá-la (ROSA, 2011).

É tudo muito tranquilo, ela sempre foi muito obediente comigo. Se chega uma pessoa aqui em casa e ela não está bem, ela não vem aqui (na sala). Ela não perturba, ela não tem agressividade com ninguém, não é pornográfica, não é obscena. As vezes ela tem uns 'impulsos soltos', um surto momentâneo, aí passa. No caso se eu digo: Nega faça aquilo assim e assim. Ela diz faço, pronto aí fica calada. Ou se ela pergunta: o que é pra fazer? Eu digo: tal coisa, faz assim, assim e assim, ela faz. As coisas tem caminhado nesse sentido, sem discussão (C4).

No depoimento anterior, o cuidador avalia a passividade e a submissão da esposa como positiva, no processo do cuidado. Assim, atravessado pelo controle e pelo poder sobre a esposa, conferido por ser o cuidador, ele mescla a dominação masculina com o viés das relações de gênero.

Para Bourdieu (2012), a dominação masculina configura as mulheres como objetos simbólicos e tem por efeito colocá-las em permanente estado de dependência simbólica: elas existem primeiramente enquanto objetos receptivos e delas se espera que sejam atenciosas, submissas, discretas, contidas ou até mesmo apagadas.

Em outros momentos da entrevista, foi possível observar que em muitos casos a doença mental da esposa também passa ter o papel de unir os cônjuges.

Pra mim, tá sendo uma tarefa difícil, mas ao mesmo tempo está sendo uma tarefa diferente. A gente tenta ajudar, tenta fazer algumas coisas para melhorar a convivência com ela nesse momento em que ela está passando, de angústia, de estresse e de ansiedade. Então eu tenho que proporcionar pra ela alguma coisa que vai melhorar, mas no momento quando a gente não tá bem a par (informado), a gente faz tudo errado, acaba fazendo coisas que acha que está certo, mas na verdade está errado (C2).

Apresentado em uma perspectiva mais otimista, o discurso acima aponta para a possibilidade de encontrar um sentido na vivência do cuidar, desvelando sentimentos como amor, afeto, compreensão, que mobilizam o ser ético e a atitude de corresponsabilidade para com o outro (SENA *et al.*, 2011). Desse modo, o cuidado ocorre como uma experiência decorrente do sentimento de valorização, por tentar cumprir da melhor maneira possível a missão de cuidador.

Outra compreensão que vai surgindo, ao desvelar o fenômeno, diz respeito ao cuidar como obrigação.

Não, não, a minha obrigação foi essa, desde que ela adoeceu pela primeira vez, eu fiquei na responsabilidade de tudo. Abri mão de tudo pra cuidar só disso tudo, tudo. Logo eu não tenho disso, esse negócio de vaidade, esse negócio pra mim não

existe. Eu sou um camarada que só trabalha pra o alimento material e o alimento espiritual (C4).

A percepção de ser cuidador é para esse cônjuge, na verdade, uma reflexão sobre o seu papel enquanto marido que desvela uma intencionalidade, um posicionamento diante do “ser que revela o eu”. Nesse sentido, o outro é a condição necessária para o surgimento do eu, em outras palavras, descobre-se o eu no outro, assim como se descobre a consciência da vida na consciência da morte (MERLEAU-PONTY, 1948).

Em contraste, ocorreram também narrativas, nas quais o contexto do cuidado surge também como um ato prazeroso para o cuidador, como mostra o depoimento a seguir:

Mas não vejo tudo como sofrimento não, eu me sinto bem em cuidar dela também, sabe. [...] ver que estou fazendo o melhor para cuidar dela me traz muita satisfação... posso até dizer que cuidar dela é de certa forma pra mim um serviço prazeroso (C4).

[...] Cuidar dela para mim é um ato prazeroso (C3).

Dessa forma, o cuidar se dá de forma prazerosa e não beneficia somente a esposa, mas também o cuidador. Para esse cônjuge, o cuidar da esposa lhe trouxe como benefício a sensação de dever cumprido como esposo responsável.

O que parece é que nessa relação existe uma dinâmica que reflete a cumplicidade do cuidador e a vivência do casal, vinculados a atitudes positivas como carinho, respeito e dedicação, o que pode subsidiar a relação dos cônjuges no enfrentamento da doença.

### **5.3 A incapacidade de o esposo lidar com o sofrimento psíquico**

Como mostrado anteriormente, os depoimentos revelaram que na experiência do cuidar ocorre uma incapacidade de o homem entender o que está acontecendo em torno de si, ficando evidente a dificuldade em lidar com o sofrimento da esposa no início da doença.

Contudo, observa-se que a maioria desenvolve suas habilidades no decorrer do processo de cuidar, e a evolução se dá ao longo do tempo. Os trechos seguintes demonstram de forma mais nítida:

Difícil (silêncio). Não é fácil não (silêncio), a gente fica meio nervoso. Dá um remédio pra ela e vai controlando. Tem vez (pausa) como agora mesmo ela tá enjoada de novo, tem dia que ela está “terrível” (em crise) [...] Tem época que é de “veneta” (imprevisível). Hoje mesmo ela chorou muito [...] um estresse mínimo já começa esse chororô (C1).

No início pra você lidar com alguns sintomas que aparenta nessa doença, eu falo que é doença porque é doença, você não sabe o que fazer, se você vai conversar, se você vai fazer alguma outra coisa, se vai virar as costas e sair de perto pra não estar



brigando, é difícil, ainda estou me adaptando [...] (C2).

Ao se deparar com o sofrimento vivido por parte dos cuidadores, amplia-se a compreensão e percebe-se que essa questão parece estar fazendo parte de uma espécie de representação e imaginário social desse ser que precisa ser desmistificado.

Os depoimentos revelam que uma das dificuldades para lidar com o sofrimento da esposa é o desconhecimento dos sintomas e que o cuidador se encontra em um estado de desespero, sem saber qual atitude tomar. Revelam mais do que informações, configurando-se, essencialmente, enquanto relato de experiências vividas de sentimentos de afeto, emoção, dor, sobretudo, tristeza, um fenômeno que se estabelece no âmbito da relação sofrimento-cuidado, que termina por gerar emoções muito fortes, conforme relatos dos depoentes por ocasião das entrevistas.

Apesar de que eu acho que a doença dela não é uma doença grave, é uma doença no início, mas tem as dificuldades, tem hora que não sei o que fazer. Vou fazer o quê pra ela agora, vou conversar o quê com ela, vou fazer o quê pra tirar ela desse nervosismo, dessa ansiedade, dessa angústia, e aí que você se perde, e aí poxa vida... (olhos lacrimejados) (C2).

Nesse contexto, o choro do cuidador (C2) pode significar o sentimento de impotência em lidar com a doença da esposa, à medida que expressa tristeza pela falta de desempenho no cuidado do outro, revelando medo e insegurança por precisar cuidar da parceira e sentir-se despreparado para isso.

A aceitação da doença constitui-se um elemento essencial para compreender melhor o seu familiar em sofrimento psíquico, fazendo-se necessária a intervenção dos profissionais de saúde, para que a família não fique apoiada no desvalor da doença e, sim, tenha forças para buscar aquilo que o seu familiar ainda pode fazer, na sua interação com os outros e com o mundo externo. A força para continuar enfrentando as dificuldades, para alguns dos participantes, vem da crença de que a doença é uma missão que eles devem assumir.

[...] hoje tá melhor, mas no começo foi bem difícil. [...] hoje ela tá quase normal, tirando os dias em que ela acorda meia [...] tem vez que ela acorda meio variando das coisas (em crise) [...] (C5).

Tem dia que ela tá boa. Tem dia que não quer nada com nada. Tem que passar a entender e deixar passar o tempo. Tem que ser do jeito dela, não quer não quer [...]. Aí quando está em crise não quer nada com nada, aí tem que suportar e esperar ela melhorar (C6).

É interessante notar, no entanto, nos relatos acima, que mesmo quando existe por parte do esposo o reconhecimento do cuidado como seu papel, poucos fizeram referência sobre como

poderiam ajudar as esposas nesses momentos. Isso se justifica pela referência de “tem que suportar” tais situações.

Outro fator importante a ser ressaltado é o convívio do cuidador com a agressividade da parceira. Além das preocupações referentes à saúde da esposa em sofrimento psíquico, alguns cuidadores convivem com comportamentos agressivos e violentos da parceira, o que representa um sofrimento para eles, como mostra o depoimento seguinte:

[...] teve uma época que ela “surtou” o juízo (entrou em crise), fui dar um remédio pra ela, ela não queria tomar. Ela estava com uma lamparina na mão, me atirou a lamparina me queimou tudo, o sinal está aqui olha (na volta superior do corpo, barriga e braços) o meu corpo queimou tudo, ela é muito agressiva (C1).

Para Rosa (2011), a relação da família com o enfermo psicótico tende a ser mais dramática, pois os sintomas são mais intensos e ameaçadores à segurança do grupo. Ainda acrescenta que, quanto mais medo o cuidador tem da pessoa enferma, mais se restringe sua área de circulação. Normalmente, nessas circunstâncias o cuidador “isola-o no ambiente doméstico ou recorre a internação integral” (p. 282).

#### **5.4 A sobrecarga familiar e o adoecimento do cuidador**

Nesse tema, agruparam-se relatos que explicitavam as dificuldades dos cônjuges cuidadores diante da sobrecarga que enfrentavam no cotidiano. Diferentes fatores estiveram associados à sobrecarga física e psicológica, como: a esposa não desempenhar atividades mínimas em casa; a presença de comorbidade; e o número de comportamentos problemáticos da esposa. Ainda aparecem como fatores associados à sobrecarga: o cuidador não possuir renda; relatar doença resultante do papel de cuidador; o paciente ter doença física, o cuidador abdicar da vida social e profissional.

O termo sobrecarga familiar ou “sobrecarga do cuidador” geralmente se refere aos efeitos da doença mental de um membro da família sobre o bem-estar dos outros membros, interferindo em diversas áreas de suas vidas, tais como o uso do tempo, a vida social, a vida profissional, o lazer, as finanças e as condições gerais de vida (BANDEIRA *et al.*, 2007).

Melman (2001) afirma que o familiar cuidador tem uma sobrecarga ainda maior, pois, além das responsabilidades naturalmente assumidas, também é vítima de exclusão, de preconceito, de sentimentos de dor e de sofrimento, de forma que associa os sintomas da enfermidade a algo ruim. Há, ainda, o fato de que o surto psicótico de um paciente rompe e desorganiza a vida da família, representando o colapso dos esforços e o atestado de

incapacidade de cuidar adequadamente do outro.

Muitos dos cuidadores destacaram a relação de cuidar como uma experiência de sofrimento e desgaste em múltiplas dimensões, implicando em perdas físicas, emocionais e nas interações sociais. O que se pode perceber é que o provimento de cuidado como atividade de sobrecarga afeta o cuidador tanto em suas condições físicas quanto mentais.

Exemplos dessas construções são dados na fala a seguir:

[...] antes (do adoecimento da esposa) eu tinha que trabalhar, pra manter a casa, depois eu me aposentei. Agora a tarefa ficou do mesmo jeito porque eu que tenho que fazer tudo: lavar roupa, fazer comida, dar banho, tenho que fazer de tudo, buscar remédio, ir comprar comida, ir atrás de tudo (C1).

Notou-se que, quando há maior disponibilidade do cônjuge para o cuidado na família, esse é voltado para a assiduidade ao tratamento medicamentoso em domicílio, para os cuidados com a higiene, para evitar acidentes provocados por objetos perigosos e para a atenção em contexto de crise. Tal fato constitui uma permanente fonte geradora de sofrimento para o cuidador, uma vez que culturalmente essas atividades domésticas não fazem parte do “mundo” do homem.

Isso se deve ao fato de que, historicamente, foram legitimadas posições sociais assimétricas entre homens e mulheres. Posições que são, de modo geral, hierárquicas e desiguais, nas quais as atividades das mulheres, frequentemente, são limitadas pelas suas responsabilidades domésticas e familiares e, ao contrário, as atividades dos homens sempre o colocaram em um lugar privilegiado longe dessas responsabilidades domésticas e familiares.

Ter que atuar como um agente potencializador na administração das atividades domésticas cotidianas representa para esses homens uma intensa sobrecarga subjetiva, que causa sofrimento psíquico (ROSA, 2011). Para alguns dos entrevistados, eles estão fazendo o que era “obrigação” da mulher, como fica evidenciado na fala a seguir:

Olha, digamos que quando ataca (a esposa entra em crise) eu tenho que fazer tudo: almoço, limpar casa, lavar roupas... É isso é tudo obrigação que ela fazia, agora eu tenho que fazer porque se colocar uma pessoa de fora pra fazer tem que explicar tudo os motivo, aí fica mais difícil de fazer isso, explicar pra pessoa o que está se passando com ela. Seria mais constrangedor pra ela do que se a gente pegar e fazer (C6).

Outro fator que chamou a atenção foi a presença de sobrecarga psicológica percebida pelos cuidadores em consequência da permanência em casa perante a esposa em sofrimento psíquico, fato que parece ser preponderante para o seu adoecimento. “Eu tenho que cuidar disso aqui (a esposa) [...] me deu uma dor nas “cadeiras” (expressão popular), até me emociono em falar disso, que foi muito ruim (Silêncio), não tudo bem [...] Só estou querendo me desabafar,

né, certo, é bom eu me desabafar” (C4). Para Campos e Soares (2005), não seria importuno afirmar que muitos cuidadores se tornam usuários diretos de serviços de saúde mental diante da sobrecarga emocional vivenciada.

Também é possível perceber na fala desse cuidador “Eu tenho que cuidar disso aqui [...]”, espaço discursivo em que a esposa em sofrimento ganha uma conotação de objeto, demonstrando diferenças na relação “hierárquica” de desigualdade entre os cônjuges, em que se faz presente a dominação e a coisificação do ser. Para Pierre Bourdieu (2012), o princípio da inferioridade e da exclusão da mulher não é mais que a dissimetria fundamental, a do *sujeito* e do *objeto*, do *agente* e do *instrumento*, instaurado entre o homem e a mulher no terreno das trocas simbólicas, no qual as mulheres só podem ser vistas como objetos.

Em vários momentos das entrevistas, apareceu na fala dos cuidadores a questão do trabalho profissional como uma importante referência para a *construção* do que significa *ser homem*. Ter trabalho e emprego que lhes garantam o sustento da família parece ser ainda uma das principais bases de sustentação da *subjetividade* e da *condição masculinas* (BORIS, 2011).

Os depoimentos a seguir dos entrevistados (C3) e (C6) revelam a importância do trabalho e da vida social na construção do gênero masculino:

A gente se sente. Eu não posso sair pra canto nenhum, porque além de tudo eu não tem dinheiro pra ir numa festa, igual amanhã mesmo, tem festa, jogo de futebol, (torneio), a turma (os amigos) vai e eu sou obrigado a ficar em casa. Falei com o outro cara que mexe também (Técnico de futebol amador): ‘você toma conta do time lá, porque a mulher tá assim e assim, e eu estou sem condições de chegar lá e passar o dia inteiro’. Porque é assim de manhã até de tarde e noite (a esposa encontrava-se em crise). Também não tenho dinheiro, não tenho nada. Já pensou um homem viver assim? Então a gente fica assim com cabeça meio perturbada. Mas depois esquece, vai seguindo pra frente (C3).

Olha, eu tinha um escritório de contabilidade e fui obrigado a parar né porque não Tinha como administrar as duas coisas, cuida do escritório e cuida dela (C6).

Observa-se que esses cuidadores vivenciam uma situação de frequente instabilidade em relação a seus empregos e, conseqüentemente, isso afeta suas vidas financeiras. Muitos dos entrevistados sobrevivem apenas com o salário da aposentadoria da esposa, o que os levam a eventualmente depender do benefício auxílio doença da parceira, e tal situação parece incomodá-los muito, pois a dependência faz com que esses homens se sintam inferiores aos outros homens e até mesmo à própria esposa.

Desse modo, percebe-se que o lugar social no qual esses cuidadores estão inseridos está ligado ao sofrimento psíquico, as suas péssimas condições econômicas e à inexistência do mundo do trabalho. Do ponto de vista das relações de gênero, trata-se de um lugar de

masculinidade hegemônica<sup>27</sup>. Ou seja, perceberem-se como seres desvalorizados, solitários, empobrecidos e dependentes economicamente e em um lugar que foi por muito tempo exclusivamente ocupado pela mulher.

Uma (ou a única) forma desse homem se afastar desse lugar de sofrimento e se ver novamente como um homem produtivo seria através da recuperação da saúde da esposa. “Se ela ‘ficasse boa’ a minha vida seria outra” (C3). Para esse cuidador, a esperança de que sua esposa melhore se apoia na ideia de que ela possa vir a se tornar mais independente, voltar as suas atividades diárias, para ele retornar ao seu trabalho.

Estudos realizados por Batista *et al.* (2013) com cuidadores de pacientes psiquiátricos corroboram esses achados. No referido estudo, os resultados revelaram que os cuidadores do sexo masculino relataram sentir maior peso financeiro quando comparados aos relatos das mulheres cuidadoras.

Há que destacar, também, que a provável dificuldade socioeconômica e o estigma da loucura podem comprometer mais ainda a percepção da família em relação ao seu familiar doente, como um ser que sofre e que precisa ser confortado. (OLIVEIRA; LUNARDI; SILVA, 2005). Por isso, além da carga direta em lidar com a pessoa que se encontra em sofrimento psíquico, é preciso levar em conta as oportunidades perdidas por eles. Maciel *et al.* (2009) afirmam que as famílias que têm um membro em sofrimento mental grave fazem diversos reajustes e assumem compromissos que impedem outros familiares de atingir o seu pleno potencial no trabalho, nas relações sociais e no lazer.

Se a construção social da feminilidade está ligada ao seu espaço doméstico nas atribuições de cuidadora do lar e dos filhos, a construção social da masculinidade está ligada, entre outras atribuições, ao trabalho considerado produtivo (MELO, 2012). Para a maioria dos cuidadores, o afastamento das atividades de lazer é o que traz mais prejuízo em suas vidas. Para muitos, a falta da liberdade de ir e vir, em alguns momentos, desencadeia uma condição de adoecimento, de sentimentos negativos em relação ao cuidado. As falas dos cuidadores a seguir descrevem esses sentimentos de insatisfação com o seu papel.

O que gosto mesmo é só futebol [...] mas não vou mais (silêncio), não vou em boteco em lugar nenhum, na verdade faz muito tempo que não vou nem na igreja (C4).

Eu morava no sítio (silêncio) [...] agora “tocar” de viver assim, sem poder sair, eu gostava de pescar, tudo isso acabou. [...] agora não posso fazer nada disso (silêncio) a gente se distraía, quando chegava o domingo ia pescar, era meu divertimento

---

<sup>27</sup> O conceito de masculinidade hegemônica foi originalmente formulado em relação ao conceito de feminilidade hegemônica – prontamente renomeada de “feminilidade enfatizada” para reconhecer a posição assimétrica das masculinidades e das feminilidades em uma ordem patriarcal do gênero (CONNELL; MESSERSCHMIDT, 2013).

(silêncio). Minha festa era pescar, passar o dia a beira do rio, agora nada disso eu posso fazer [...] (C1).

Nesses cenários, observou-se que o envolvimento e a dedicação exigidos dos cuidadores para prestar cuidado às esposas fez com que eles negligenciassem atividades que lhe traziam satisfação como: passeios, diversões e esportes. Há, assim, alteração nas relações sociais do esposo.

Durante os encontros com os cuidadores, foi possível observar que, ao relatarem sobre as atividades prazerosas que tiveram que abdicar em prol do cuidado da esposa, apresentavam, em alguns momentos, olhares perdidos no tempo, como se buscassem alguma coisa que se foi. De acordo com Melman (2001, p. 80), “[...] é comum observar os familiares se distanciando das atividades sociais, deixando de comparecer a festas e eventos culturais, restringindo visitas a casa de amigos próximos e parentes”.

Nesse momento, é importante ressaltar que o exercício do cuidado produz nesses homens, além da sobrecarga física, um conseqüente sofrimento psíquico, apresentado na dificuldade em operar planos, em definir o sentido da vida e no sentimento de impotência e vazio, tornando-o incapacitado para interagir na sociedade e, em casos extremos, tal comportamento leva esses indivíduos à perda de sua condição de cidadão.

Conviver com a instabilidade do comportamento da esposa, com o sentimento de insegurança repercute em raiva e estresse. Observa-se, a seguir, na verbalização do entrevistado, a presença desses sentimentos que envolvem o seu cotidiano: “[...] tem hora que o estresse é demais parece fica até meio (Pausa) faz raiva, já tem hora a pressão da gente sobe, a raiva é demais” (C1).

Os comportamentos e os sintomas da esposa levam à sobrecarga, pois resultam em desorganização da rotina familiar e em tarefas extras de cuidado para os cuidadores, acarretando fatores de estresse crônicos, com os quais os familiares necessitam aprender a lidar, principalmente porque dispõem de pouco suporte social (CAMPOS; SOARES, 2005), conforme trecho citado no parágrafo acima que representa a maior parte dos relatos dos participantes.

A angústia causada pelas dificuldades em lidar com os comportamentos também é expressa pelos cuidadores. Tudo indica que eles não são afetados apenas pelas atividades extras que precisam assumir, em função dos comportamentos disfuncionais das esposas, mas também pelo estresse psicológico que essa sobrecarga acarreta. Para Melman (2001), do ponto de vista emocional, o estresse, a instabilidade, a insegurança e os conflitos frequentes nas relações fazem parte do cotidiano dessas pessoas.

Tem vez, quando ela está em crise, a pressão da gente sobe, dá aquela ansiedade e a gente não pode fazer nada. O melhor jeito é deixar a pessoa (a esposa) falar e cuidar pra não deixar ela se machucar. São coisas até difíceis de explicar porque a gente vai vivendo assim e vai levando [...] (C6).

Tem vez que eu durmo, outras vezes começa dar uma perturbação na minha cabeça aí já perco sono. Vou dormir de madrugada mais ou menos, durmo uma horinha de madrugada e já é hora de se levantar. Eu fico pensando em muita coisa, fico virando de um lado para o outro, pensando nos problemas dentro de casa [...] (C3).

[...] tem vez que passo a noite acordado cuidando dela [...] (C6)

Nos relatos acima, vê-se que a percepção da sobrecarga familiar aponta para o fato de os cuidadores perceberem os fatores psicológicos e emocionais decorrentes das alterações na rotina familiar, causadas pelos comportamentos da esposa, dentre essas alterações, está a perda do sono, em detrimento da preocupação com cuidado dispensado à parceira. Para Rosa (2011, p. 287), “é exatamente à noite é que a carga de preocupação do cuidador é maior, em virtude do risco de relaxar a intensidade da vigilância. Mas a necessidade de vigilância é permanente, o que exige um cuidador disponível temporalmente”. A referida autora ainda afirma que “é complicado para o cuidador desligar-se, ter um distanciamento emocional do problema [...]” (ROSA, 2011, p. 284).

Essa compreensão pode estar associada ao fato de o cuidador não saber lidar com a situação. Nesse caso, a preocupação passa a ser também com as suas atribuições como chefe de família, pois agora não dispõe de tempo suficiente para exercê-las.

Tem hora que a gente até precisa tomar remédio, eu mesmo estou precisando [...] precisava fazer um tratamento (C1).

[...] você passa a se preocupar muito com a pessoa, me preocupo com ela e esqueço de mim, é aquela velha coisa, vou me preocupar com você e esquece de mim, mas pra mim está tudo bem, se eu comer ou não comer, se eu não fazer mais nada, então acho assim, acaba afetando. Você já não dorme direito, você não se alimenta direito, eu só trabalho na minha função, não tem faço mais esportes, não faço mais nada. Eu vi que começou a prejudicar meu corpo também, passar mal, certa falta vontade de fazer as coisa, acaba até afetando assim, no seu trabalho, você vai lá trabalha (C2).

Fica evidente que o homem, ao assumir o papel de cuidador de sua esposa, mediante o monitoramento das medicações, realização de cuidados e acompanhamento do tratamento, também precisa ser cuidado “[...] é difícil, a pessoa que cuida fica quase tão doente quanto o doente [...]” (C3). Acrescente-se a fala de (C6), conforme trecho a seguir:

Agora está mais fácil porque hoje em dia tem telefone e tudo, mas no começo era mais difícil, tinha o dinheiro mas não tinha como buscar as coisas porque não tinha como levar ela. Tinha que ficar cuidando e tinha que esperar vir alguém pra poder ajudar a gente. Às vezes me sinto exausto sabe? Tem hora que a gente fica mais doente que

o doente ainda, tem que pedir muito a Deus pra dar uma força, engolir tudo e ficar quieto, deixar pra lá. (C6).

Para esses cuidadores, o sofrimento psíquico da esposa impõe várias restrições em sua vida, gerando sobrecarga física e emocional e, conseqüentemente, seu adoecimento mental.

### 5.5 O impacto da doença na relação conjugal

A sexualidade constitui sem dúvida uma das mais importantes dimensões da vida conjugal. Na análise dessa temática, foi possível observar que a falta de carinho, de afetividade e a abstinência da vida sexual na relação conjugal surgiram como tema na fala de todos os cuidadores participantes.

Para Foucault (1977), a função do dispositivo de sexualidade na forma de família permite compreender por que a família, além de manter a homeostase do corpo social, se tornou lugar obrigatório dos afetos, dos sentimentos, do amor, sendo também o principal ponto de eclosão da sexualidade. No que diz respeito ao relacionamento íntimo dos cônjuges, pode-se observar que a maioria dos participantes se absteve da sexualidade no casamento pelo menos por um período.

Contudo, os relatos mostram como a ausência da plena atividade sexual nesses momentos gerou sofrimentos nos cuidadores, como depoimento a seguir:

[...] sexo não tá existindo muito mais não, só “mesmo” pra... (silêncio) isso irrita a gente demais. Deus me livre, mexer com esse tipo de gente (a esposa), a gente passa muita raiva, acaba no fim ficando estressado demais (silêncio). E aí nessa parte (relação sexual) a gente acostuma com o sofrimento (silêncio) sofrendo demais (silêncio), a gente acostuma (silêncio) chega num ponto que a gente acostuma [...] (C1).

Os silêncios que imperam acerca da vida sexual (ou da falta dela) desse cuidador, a partir da sua fala, refletem a pressão sociocultural sobre esse homem, no sentido de que o sofrimento psíquico da mulher o impossibilita de se reafirmar enquanto “homem”, ou seja, demonstrar sua virilidade. Boris (2011) afirma que, quando a condição de macho não é comprovada e confirmada, o homem se sente profundamente decepcionado.

Segundo Norgren *et al.* (2004), os relacionamentos íntimos são aspectos centrais da vida adulta, e a qualidade desses relacionamentos tem implicações não só na saúde mental, mas também na saúde física e na vida profissional de homens e mulheres. Da mesma forma, Amarante (2007) entende que a saúde como qualidade de vida envolve aspectos biológicos, psicológicos e sociais (biopsicossocial). Seguem as falas dos cuidadores (C3) e (C4) que



ilustram esse aspecto:

Não, não, não, não tem mais isso (sexo). Faz muito tempo já (silêncio). Ela está doente né, incomoda. O homem sempre tem o prazer dele, mas a gente releva [...] (C3).

Eu sinto muita falta de afetividade em todos os sentidos [...], mas ela com esse problema que ela tem é difícil [...] (C4).

A nossa intimidade não é prazerosa do jeito que era [...] não existe mais rentabilidade. Nossa intimidade conjugal não é mais assertiva, não tem assertividade (C4).

Existe uma coincidência bastante geral nas falas dos cuidadores entrevistados, no que se refere à vida afetiva na relação conjugal. As falas apontam para o fato de que os entrevistados compreendem a situação, evidenciando que esse é só um momento. Contudo, ao revelar seus motivos de descontentamento na vida afetiva com a parceira, expressa a preocupação com a abstinência da vida sexual e até mesmo a falta carinho.

Os entrevistados também descrevem seu modo de estar-no-mundo como cuidador em forma de angústia e preocupação, como mostra o depoimento a seguir:

[...] ficou difícil, ficou difícil porque o comportamento da pessoa muda muito. Ela depois da doença já não estava mais disposta, ela não estava sendo mais afetiva, não tinha mais carinho. Ai nesse último momento as coisas não estão muito boa não, a gente pouco se fala, a gente pouco faz amor, a gente pouco tem esse momento de carinho, de contato (C2).

Nessas falas, os cuidadores expressam suas angústias ao manifestar o seu afeto às esposas, acompanhado pelos sentimentos não correspondidos de carinho e atenção. Nesse momento, revelam-se as forças existentes dentro de cada um para superar a incógnita de conviver com a parceira com quem deseja estar ao lado por toda vida.

A fala desvela também o sentimento de tristeza e desamparo do cônjuge que deseja falar sobre a sua esposa e, assim, expressar um pouco da angústia e das dificuldades que enfrenta com a experiência de cuidador da parceira: “[...] fiquei meio com medo dela não “voltar” assim, vai que ela não volta, aí fiquei meio apreensivo, assim meio pensativo, mais depois foi tudo bem [...]” (C5). Isso confirma a informação de que, quando a mulher adoece, os familiares também são afetados, uma vez que ela seria o elo organizador das ações do grupo (ROSA, 2011) e, nessa situação, a tendência é que o esposo sofra também.

Ressalva-se, também, o sofrimento das mudanças abruptas ocorridas nos comportamentos, nas emoções e nas atitudes da esposa em momentos de agravamento da doença. A instabilidade do sentimento de afetividade da esposa ao longo do tempo acaba por afetar significativamente a vida conjugal. A entrevista a seguir mostra a insatisfação do esposo com a ausência da vida sexual na relação conjugal.

Daí eu me sentia mal, me sentia muito mal [...] Eu ultimamente estou lidando assim, da seguinte forma: quando tem que ter um carinho, tem um carinho, quando não tem, não pode fazer nada. Não cobro dela, sabe assim, quero alguma coisa (sexo), deixo ela assim mais a vontade. Mas eu me sinto mal, quem é casado sabe que a parte afetiva, a parte amorosa, tem que ter um carinho, se não as coisas não começam mais funcionar. Todo homem casado sabe disso. O homem precisa né? É complicado [...] (C2).

Ao considerar os núcleos de significação que se apresentam no processo da análise temática, é possível observar que a diminuição da afetividade no casamento, decorrente do sofrimento psíquico da esposa, recai sobre o cuidador como uma ameaça ao relacionamento conjugal e à masculinidade do cuidador.

Nesse caso, é importante levar em consideração, quando se refere à relação afetiva e sexual no relacionamento, a implicação das relações de gênero na cultura ocidental. Zanello (2014, p. 45) afirma que “[...] os valores e papéis de gênero participam da constituição subjetiva do sujeito, não apenas no modo como ele se expressa, mas também sofre”. Para a autora supracitada, enquanto entre as mulheres ocidentais os valores de gênero destacam, entre outros, o dispositivo amoroso; entre os homens, os principais valores de gênero seriam relacionados à virilidade: sexual e laboral (ZANELLO, 2014).

Sendo assim, para esses cuidadores, manter uma vida sexual ativa com a esposa é se reafirmar enquanto um “verdadeiro homem” na cultura brasileira. A impossibilidade de manter esses valores leva o cônjuge a um sentimento de frustração na relação conjugal, como se pode observar no relato a seguir:

[...] é uma coisa complicada, tem hora que você fica até com raiva, “pô”, está pra acontecer (relação sexual), mas não acontece. Mas nunca falei, nunca explodi. Eu guardei pra mim, nunca falei pra ela (silêncio) tinha época que eu ficava chateado, até com raiva (C2).

Em outras palavras, para esses cônjuges, a diminuição na quantidade da relação sexual após a doença da esposa é vista como fator negativo influenciador na qualidade do relacionamento conjugal. Entretanto, observa-se que, se a ausência do sexo no casamento para esses é visto como um problema, para outros a compreensão do momento vivido na relação conjugal é necessária na trajetória do tratamento da esposa e, nesse caso, a abstinência é vista como benéfica.

Assim, sobre o amoroso, tipo assim, eu mesmo estou dando um tempo para ela [...] eu estou com cinquenta e um anos, mas pra mim é normal do mesmo jeito. Eu entendo o tempo dela, é lá em vez em quando. Sobre isso aí (sexo) acontece, mas não é como acontecia [...] (C4).

Na fala de (C4), observa-se uma postura de espera, um cuidador que se propõe a dar livre curso aos acontecimentos da vida sexual do casal. Nessas circunstâncias, ele busca ser compreensivo com a esposa pela sua condição momentânea de indisposição sexual. Assim, a relação afetiva e sexual entre o casal é restrita apenas aos raros momentos em que a esposa encontra-se em plena condição física e emocional.

O que parece é que há cuidadores que percebem o casamento como uma constituição religiosa, mesmo que a vida conjugal não esteja indo muito bem, em detrimento ao sofrimento da esposa, isso não justifica o fim do casamento, como demonstra o relato a seguir: “Diz lá na hora do casamento: [...] juro na alegria e na tristeza, na dor em cristo suportar” (C6). Rosa (2011) afirma que muitos maridos abandonam a mulher nos períodos de crise psiquiátrica. Ainda de acordo com a referida autora, quando o marido permanece na relação, assume o provimento de cuidado como obrigação inerente ao contrato matrimonial, ao mesmo tempo em que reavalia a conduta pregressa da mulher e a sua função complementar na esfera doméstica quando não está em crise.

Mesmo assim, alguns cônjuges alegaram que assumiram o cuidado por se tratar de um ato de amor, como mostra o depoimento subsequente:

Amor: com certeza, ela é a mãe dos filhos. Eu também estou de idade, então preciso muito de uma companheira e ela é minha companheira ideal, nunca me desrespeitou, nunca me fez vergonha em nada, nesse sentido, nunca me incomodou [...] (C4).

Fica evidente que para esse cônjuge que a relação conjugal deve ser mantida independentemente das circunstâncias vivenciadas. E essa “manutenção” do casamento sustenta-se nos princípios religiosos, de que o casamento tem que ser único por toda a vida. Para Cardella (2009), muitas pessoas buscam a vida conjugal partindo de idealizações construídas como a de amor eterno e único.

Outro fator relacionado ao impacto que o sofrimento da esposa provocou no casamento é a falta de diálogo entre os cônjuges. A fala do cuidador, a seguir, remete ao sofrimento vivenciado por ele pela falta de comunicação com a parceira.

Sinto falta da comunicação [...], sou muito conversador, gosto de trocar uma ideia, gosto muito de cantar, sou um boêmio, eu sou uma alma livre, sou um cara bem espontâneo [...]. [...] é cansativo, por um motivo de não ter como trocar uma ideia com a pessoa (a esposa), como se diz, uma relação de conversas, de trocar uma ideia, de combinar as coisas. Sinto falta disso, de uma combinação tipo “vamos fazer um churrasco hoje?” E ela dizer “vamos, vamos”. Não tem mais isso, então eu faço por minha conta [...] C4).

No relato acima, nota-se que a falta de diálogo com a esposa em sofrimento repercute na vida social do cônjuge, comprometendo ainda suas interações familiares e conjugais.

Foucault (2008, p. 31) defende que “consoante a sua gravidade, cada doença suprime este ou aquele comportamento que, na sua evolução, a sociedade tinha tornado possível [...]”. E que “o diálogo, como forma suprema de evolução da linguagem, dá lugar a uma espécie de monólogo, em que o sujeito conta a si próprio aquilo que faz, ou então entabula com um interlocutor imaginário um diálogo que seria incapaz de ter com um parceiro real [...]” (FOUCAULT, 2008, p. 31). Nesse caso, a ausência de interação na comunicação entre a esposa e o cuidador tem levado este último a desenvolver um monólogo.

É importante ressaltar que os participantes apresentam alguns padrões que diferem enquanto sua percepção sobre as implicações do sofrimento da esposa na relação conjugal. Enquanto uns compreendem que a indisposição afetiva da esposa está relacionada a sua doença e que é preciso respeitá-la nesse momento, outros veem essa abstinência afetiva, sobretudo sexual, como um problema na relação.

Apesar desses últimos demonstrarem esse sentimento de frustração, nota-se que existe, mesmo que disfarçada, uma dependência afetiva na relação que parece estar relacionada ao papel do cuidador. Isso porque mesmo se encontrando no momento em sofrimento psíquico, a mulher mantém, em maior ou menor grau, dependendo do estágio do sofrimento, o papel de esposa, de companheira, preenchendo seu espaço na família.

## **5.6 Desesperança e ausência de perspectivas de vida do cuidador**

Observou-se, diante das entrevistas, que, no período inicial da doença da esposa, o marido cuidador mantém a esperança e a crença de que sua parceira vai ficar curada; entretanto, com o decorrer dos anos e com as internações frequentes, vem, então, a desesperança em relação às possibilidades de cura da esposa, levando-o a desistir ou pelo menos adiar os seus projetos de vida. Sobre essa fase foi possível constatar que o cuidador encontra-se desanimado diante da exaustiva tarefa de cuidar da esposa em sofrimento psíquico.

O relato abaixo mostra essa realidade:

[...] eu não espero nada mais daqui pra frente (silêncio), é isso mesmo e pronto. Vai chegar num ponto que eu também já estou ficando na idade estou ficando velho. Aí [...] não vai ter quem cuidar de mim... [...] minha esperança é essa cada vez pior (silêncio) daí ela não dá conta de cuidar de mim e se eu chegar num ponto que eu fica aleijado quem vai cuidar de mim [...] (C1).

Nesse cenário aparece a preocupação com o futuro e o receio de que o cônjuge cuidador fique sozinho, sem ninguém para se preocupar ou cuidar dele. Tal pensamento evidencia o quanto a dedicação ao cuidado com outro se torna preocupante para o sujeito. Assim, a

desesperança, conseqüentemente, provoca um estágio ameaçador do futuro do cônjuge cuidador, uma vez que ele não se sente valorizado, ele não consegue mostrar-se como “um verdadeiro homem”, pois um ‘homem verdadeiro’ “precisa ser viril, mostrar-se superior, forte e competitivo” (WELZER-LANG, 2004, p. 118).

Para Dartigues (2008), quando o mundo deixa de ser um futuro aberto, esse se converte inteiramente em um espaço, mas um espaço gigantesco e hostil. Ainda para esse autor, “o tempo estando morto, não contendo mais, por conseguinte, nenhum futuro e nenhuma promessa, os objetos do espaço só podem se tornar formas ameaçadoras e esmagadoras” (p. 55).

A desesperança também foi apresentada como fracasso do cuidador, uma vez que sua condição de saúde não é mais favorável na construção e manutenção dos seus sonhos “[...] aguentar trabalhar eu não consigo, eu não posso mais, enxada não aguento, se me envolvo um pouquinho em outro serviço amanheço todo ‘arrebentado’” (C3).

Uma possibilidade de trabalho para esse cuidador seria resgatar a esperança que foi perdida ao longo do tempo. Sobre isso Melman (2001, p. 90) diz: “construir esse cuidado envolve a elaboração de um corpo teórico e o desenvolvimento de tecnologias que possam dar conta da complexidade e amplitude do desafio”.

## 5.7 O preconceito e a exclusão social vivenciados pelo cuidador

Nesse tema, foram observados relatos dos participantes que apontam para o preconceito sofrido pelo cônjuge cuidador, manifestado por suas atitudes de isolar a esposa doente, ter sentimentos de vergonha e sofrido pela esposa doente que ela sofre dos vizinhos e da comunidade em geral.

As falas a seguir mostram a preocupação do cuidador com a imagem da esposa enquanto mulher, nos momentos de insanidade em locais públicos. Nota-se que tal comportamento provoca um estado de desconforto no esposo cuidador. Uma desvantagem da mulher, além do sofrimento psíquico em si mesmo, adviria do maior controle social da mulher em termos morais, sobretudo de sua sexualidade. A conduta da mulher, quando se manifesta sexualmente/libidinosamente, tende a provocar escândalo e repressão (ROSA, 2011). Os relatos a seguir remetem a essa situação:

Teve uma época que a loucura dela era demais [...]. Muitas vezes ela saía pra rua sozinha e eu tinha que sair procurando ela e trazer ela de volta pra casa, entende? E não era fácil [...] ela ficava muito braba... agressiva, entende? Daí eu convencia ela vir embora [...] Mais o mais difícil mesmo pra mim era vê ela em algumas situações [...] assim, o senhor sabe, a pessoa louca não liga muito pra certas coisas [...] várias

vezes eu encontrava ela, nessas vezes que ela fugia pra rua sozinha, sabe? Numa situação muito difícil pra mim (silêncio) encontrava ela sem roupa (silêncio) toda nua (silêncio) ver ela naquela situação, sabe, me deixava muito constrangido, entende? (C5).

Já aconteceu de [...] eu está trabalhando e ela tipo, dá um surto, e tirar a roupa todinha, ficava pelada na área da casa, se não é minha sogra teria saído pra rua daquele jeito (pausa) assim do nada, muitas vezes... isso me deixava muito envergonhado [...] (C4).

Nesses relatos apresentados acima, observam-se as consequências do sofrimento psíquico da esposa como “atos vergonhosos” para o cuidador, inscritos por meio da exclusão social. Nesses momentos, esses cuidadores se sentem obrigados não só a proporcionar apoio emocional às esposas, como também a arcar com o impacto negativo da estigmatização e da discriminação, que se fazem presentes no seu cotidiano (MACIEL *et al.*, 2009).

Apresentar a esposa doente também parece ser é um fato absolutamente intolerável, inaceitável para o homem cuidador. Isso tem como consequência o isolamento, conforme depoimento a seguir: “[...] digamos que a gente deixa de levar ela em algum lugar que pode causar vexame, aí então a gente já não vai, Já deixo de ir [...]” (C6). Para alguns dos participantes assim como para a sociedade, a loucura da esposa gera estigma e preconceito. Isso explica a necessidade de isolamento não só da esposa por esse cuidador, mas toda de família, levando-os para um estado de segregação da sociedade.

Essas vivências ficam evidentes no relato subsequente.

[...] A maioria do tempo ficamos assim, só eu e eles (um filho mora junto). Aqui não vem ninguém, essa gente tem um preconceito danado, ninguém gosta nem de visitar esse tipo de gente (a esposa), fazer o quê aqui também né? Se uma mulher vem aqui como que conversa com ela (a esposa) desse jeito (em crise), vir uma pessoa aqui é difícil. É complicado de mexer com esse tipo de gente (a esposa), também não vem pra conversar com ela porque as pessoas ficam até com medo dela. O preconceito é grande também com a gente, tenho sofrido demais, tenho passado muita dificuldade. (C1).

Para Melman (2001), os preconceitos existentes são decisivamente influenciados pelos valores e representações acerca da loucura, presentes em um determinado momento histórico.

Cuidar da pessoa em sofrimento psíquico requer atitudes humanísticas do cuidador, entre as quais a manutenção do respeito e da dignidade da pessoa em sofrimento. Nas entrevistas, foi possível observar que a interação entre o cuidador e o ser cuidado é caracterizada pelo desenvolvimento de ações e atitudes que visam promover e manter sua dignidade humana.

E, na tentativa de proteger a esposa do preconceito que permeia a sociedade, muitos tomam atitudes mais severas, evitando o contato social. O relato a seguir denota tal situação: “[...] tive que cortar (afastar) uns amigos [...] tem aquelas pessoas que não entendem e tem que ir se afastando [...]” (C6).

O relato anterior mostra que o preconceito com relação ao fenômeno do sofrimento da esposa resulta na marginalização afetiva e social. uma vez que o seu o relacionamento com os vizinhos no cotidiano é marcado pela exclusão não só da esposa doente, mas também do cônjuge cuidador. Observa-se que outra estratégia apontada por esse cuidador é a ideia de necessidade de isolamento da esposa doente.

Estudos realizados com 60 familiares de pessoa com transtorno mental, por Maciel *et al.* (2009), em João pessoa – PB, também revelaram que a família do doente mental considera possuir atribuições como preconceito, sobrecarga, tristeza e sofrimento, o que pode comprometer a inclusão desses familiares ao meio social.

Nesse contexto, é de fundamental importância ampliar estratégias para fortalecer o protagonismo das famílias e do membro usuário dos serviços de saúde mental, tendo em vista a necessidade de lutar contra o estigma e de favorecer a inclusão social das pessoas em sofrimento psíquico (BRASIL, 2010).

De acordo com Melman (2001), o cuidador precisa de muita compreensão, pois os preconceitos são frequentes também em relação a eles. E eles se sentem sozinhos e impotentes para compreender suas vivências. Assim, as representações sobre o preconceito ancoram-se em vivências e sofrimentos a partir das interações sociais e das alterações comportamentais da pessoa em sofrimento psíquico.

O que se percebe, como afirma Carvalho *et al.* (2011), é que o preconceito e o estigma, a marca da institucionalização, continuam mobilizando sentimentos de vergonha, incapacidade e outros, como se fossem transmitidos entre as gerações.

## **5.8 O Sentimento de culpa do cuidador pelo adoecimento da esposa**

Outra questão levantada foi o sentimento de culpa do cuidador pelo agravamento da doença da esposa. Para alguns dos entrevistados, a falta de compreensão dos primeiros sintomas e a negligência no início da doença foi considerada como fatores influenciadores na progressão do sofrimento da esposa. Sobre a questão da culpa, o cuidador (C2) expõe:

[...] eu me sinto um pouco culpado, porque quando ela me falou pela primeira vez sobre algumas coisas que estava sentindo eu não dei importância, até no momento achei que fosse uma coisa normal, passageira e não era. Tanto que ela me falou algumas vezes que ia a uma psicóloga, marcou algumas consultas e foi, e eu não dei a devida atenção pra perguntar o que estava acontecendo. [...] e por eu não ter dar a devida atenção também ela acabou desistindo dessa parte. A culpa minha eu sei que tenho uma grande parcela, por isso que eu me propus ajudar ela agora (C2).

Como a família é vista como espaço obrigatório dos afetos e sentimentos, sendo responsabilizada quase que integralmente pelo bem-estar, e saúde dos seus integrantes (MACIEL *et al.*, 2009), o adoecimento mental da esposa recai como responsabilidade do homem, abalando sua autoestima. Tal situação parece representar denúncias de falhas no seu papel como marido e chefe da família, levando a um sentimento de que não conduziu com sucesso a sua missão de protetor.

Outro fator que chamou atenção foi relativo às condições socioeconômicas dos cuidadores. Apenas dois possuem renda superior a dois salários mínimos. Além disso, o nível de escolaridade também é baixo, a maioria é analfabeta e semianalfabeta, e a maior parte não está engajada em ocupações fora do lar. O que parece é que para esses cuidadores tal situação vulnerabiliza suas condições de autoridade moral da família, uma vez que sua identidade não está socialmente vinculada ao espaço doméstico e se encontrar nessa situação configura perda do poder de “homem da casa”, conforme depoimento: “Já pensou viver assim? Eu sou o homem daqui, eu sou o responsável por todos aqui. Que homem eu sou? Isso é horrível pra mim” (C3).

Para Rosa (2011), as privações econômicas que em geral antecedem as enfermidades nessas famílias estão associadas cotidianamente ao analfabetismo, ao desemprego, à submoradia e ao estigma da pobreza. Nesse sentido, a provável dificuldade socioeconômica pode comprometer mais ainda a percepção desses cuidadores em relação à esposa doente, como um ser que sofre e que precisa ser confortado (OLIVEIRA; LUNARDI; SILVA, 2005). Ou seja, o cuidado com a esposa em sofrimento psíquico impõe exigências emocionais e materiais que são inexistentes na realidade das famílias com poucos recursos financeiros.

Mais uma vez, pode-se observar a implicação das relações de gênero marcada pelos valores masculinos na cultura. Aqui, no aspecto laboral, a falta de dinheiro e de sucesso profissional do homem, cuja ocupação é o cuidado da esposa em sofrimento, leva-o à possibilidade de deriva no sofrimento, marcada pela ausência de valor da eficiência (ZANELLO, 2014).

Em uma perspectiva geral, o que se observa é que as ideias trazidas pelos cuidadores em muitos pontos convergiam frente às dificuldades vividas, na falta de conhecimento frente ao sofrimento psíquico da esposa. Embora cada um desses homens tenha uma história de vida construída pelas suas particularidades, todos demonstraram as dificuldades enfrentadas no cotidiano, evidenciadas pela constituição adicional da sobrecarga financeira, física ou emocional. A sobrecarga física seria oriunda do aumento dos novos encargos e afazeres domésticos e cuidados da esposa. Já a sobrecarga psicológica, seria vivida com o aumento das emoções, como julgamentos, censuras e incompreensões como também alterações nas



atividades de lazer e nas relações sociais da família. Todos esses fatores mostram o cuidado como um lugar de potencial adoecimento para esses homens, lugar esse, que historicamente, foi naturalizado em relação às mulheres.

Também foi possível constatar que vários cuidadores explicitaram o desejo de internar a esposa. Tal desejo pode ser entendido como possível alívio da sobrecarga, gerada pelo novo papel de cuidador, e do convívio conturbado na relação conjugal com a esposa em sofrimento psíquico. Além disso, a minoria dos entrevistados demonstrou acreditar na melhora da esposa; os demais continham desesperança quanto à perspectiva de tratamento e à obtenção de bons resultados com o tratamento. Ao assumir o cuidado da esposa, o cuidador vê como uma obrigação inerente ao contrato matrimonial. Alguns cuidadores justificaram o seu papel porque “já estão de idade” ou “não tem quem cuida dela”.

Seja de forma explícita, seja nas entrelinhas, foi possível reconhecer, nos discursos dos participantes deste estudo, a necessidade de apoio e de investimentos por parte dos serviços públicos no atendimento ao cuidador familiar. O cuidador tem em si o seu mais importante e único instrumento de trabalho. O cuidado a essa população, por meio da atenção à sua saúde, promove o bom andamento da qualidade do desempenho do seu papel como cuidador.

A discussão dessas questões se torna bastante relevante se for levado em consideração que a política de saúde mental traz em seu bojo a criação de programas que têm por finalidade a exclusividade do atendimento à família de pessoas que se encontram em sofrimento psíquico.

Assim sendo, o que se busca apontar é a necessidade de ações que possibilitem a promoção de discussões de questões dessa natureza articuladas entre profissionais, usuários e comunidade, a fim de se vislumbrar a inserção de tais questionamentos na pauta permanente das discussões no campo da atenção à saúde do cuidador familiar.

Dessa forma, entende-se que os profissionais de saúde, além de fazerem parte da rede social dos cuidadores, ao atuar de forma coordenada com os demais componentes dessa rede, têm a possibilidade de, possivelmente, auxiliar na diminuição da sobrecarga do cuidador familiar e, conseqüentemente, do seu adoecimento.

Outro aspecto bastante relevante nessa problemática trata do quanto as relações de gênero estão imbricadas com a relação do cuidador e do ser cuidado. Nesse sentido, diversas questões parecem se relacionar: as ligadas diretamente no novo papel desempenhado pelo cuidador ao assumir as atividades domésticas, até então funções “exclusivas” da mulher; as simbólicas, que dizem respeito à perda de valores que reafirmam esses cuidadores como “verdadeiros homens”, como as atividades laborais e sociais e, sobretudo, a sua virilidade.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Durante todo o percurso desta pesquisa, buscou-se expor e encontrar respostas aos diversos questionamentos que surgiram desde os momentos de estágio, passando pela formação profissional, que vem se estendendo até o atual momento da trajetória deste pesquisador. Trata-se de discutir o papel do cuidador familiar enquanto ser do sexo masculino frente às demandas oriundas do cuidado da esposa que se encontra em sofrimento psíquico grave.

Sendo assim, o objetivo principal dessa pesquisa foi compreender as experiências vividas pelo esposo cuidador familiar na relação conjugal, cuja parceira encontrava-se em tratamento psiquiátrico. Para tal compreensão, buscou-se conhecer a história de vida desse cuidador, bem como sua percepção na relação conjugal. Ainda se procurou entender a dinâmica do relacionamento conjugal e sua possível contribuição para o adoecimento psíquico do cuidador e como ele responde às mudanças na relação conjugal como um resultado de um processo contínuo de sofrimento psíquico grave da parceira.

O acesso à história de vida de cada cuidador participante se deu em encontros, os quais foram permeados de emoção, de sentimento de empatia e de tristeza. Muitas vezes *foi preciso escutar o silêncio* do entrevistado. Silêncios carregados de emoção e de tristeza no olhar que revelavam a desesperança, a descontinuidade no desejo de lutar. Ou seja, os contornos não definidos, a incerteza no lugar da certeza, a instabilidade do estado emocional da esposa, a rotina cotidiana de modos irregulares conferem ao cuidador descontinuidade na idealização de recuperação da saúde da parceira, uma vez que se veem impossibilitados de fazer planos futuros.

Muitas entrevistas foram interrompidas pelo choro e até mesmo pela raiva. Raiva não da esposa doente, mas do momento em que se encontrava esse cuidador, pode-se pensar que tal situação também possa ser entendida como uma consequência relativa ao desamparo provocado pela política na área de saúde mental, pela estigmatização da doença e do preconceito ainda existente contra aquele que se encontra em plena vulnerabilidade da saúde mental.

O sentimento de raiva expressado pelos cuidadores como um estado emocional vivenciado foi demonstrado em outros momentos por meio de outros sentimentos como a irritação, até de fúria diante da impotência em que se encontravam, levando-os a interpreta a vida como vazia de sentido.

Ao entrar novamente em contato com as falas dos cuidadores por meio das gravações, foi possível reviver cada momento da coleta das informações. Ao transcrever as falas, foram reencontrados cada gesto, cada olhar, cada palavra e a cada silêncio. Todos carregados de suas

simbologias que desvelavam os significados ali existentes em cada entrevista, permitindo a compreensão do fenômeno.

De uma forma geral, mas não concluinte, serão feitos a seguir alguns apontamentos desse estudo. Os relatos apresentados pelos cuidadores mostraram que a compreensão acerca do cuidado da esposa em sofrimento precisou ser uma atitude aprendida ao longo do tempo. Eles reconheceram que o início do sofrimento das esposas gerou insegurança, incertezas, medo, dúvidas e preocupação.

Sendo assim, as informações, aqui apresentadas, revelaram as dificuldades encontradas para a convivência no cotidiano no âmbito familiar; apontaram várias dificuldades, referentes ao cuidar da esposa em sofrimento psíquico, entre as quais as principais são o fato de ter que, praticamente, abdicar de sua vida, para exercer o papel de cuidador do outro.

No que se refere a percepção do papel de cuidador na relação conjugal, os sentidos produzidos pelos cuidadores foram diversos e demonstram concepções variadas de cuidar que resultam da reeleição de estratégias de enfrentamento da doença e de busca de recursos bastante diversificados.

Alguns compreendem que seu papel como cuidador da esposa é como uma missão a ser cumprida. Para esses, embora essa função anule parcialmente seus sonhos, sua vida social e profissional, gerando uma sobrecarga e podendo levá-los até mesmo a um estado de adoecimento, o cuidar representa uma obrigação que foi afirmada no ato matrimonial, levando-os a desenvolver uma relação baseada na paciência, no amor, no respeito, na confiança, no conhecimento sintomatológico e, sobretudo, na esperança.

Para outros, o ato de cuidar da esposa é representado por uma experiência negativa que mobiliza sofrimento, frustração, sobrecarga, desesperança, adoecimento e constitui, para a maioria dos cuidadores entrevistados, uma experiência pouco enriquecedora, levando-os a apresentar sintomas físicos e emocionais de desgaste ao assumirem o cuidar do outro. Para este último grupo, fica evidente o desejo de internação da esposa como forma de alívio.

Também ficou evidenciado que o estigma sobre a doença mental é fator que interfere no desempenho dos cuidadores, sendo esses, também, alvo do preconceito social, ficando relegados ao isolamento da família. Fatores geradores de sobrecargas psicológicas, tais como abdicar da vida social, do trabalho, e diminuição da relação afetiva entre os cônjuges, entre outros, incidem sobre os cuidadores, criando condições propícias para o adoecimento deles.

A dinâmica do relacionamento conjugal mostrou que as relações de gênero surgem como fator essencial para o entendimento da experiência vivida do cuidador no contexto familiar, no qual a inserção deste homem em atividades domésticas e de cuidado da esposa lhe

proporcionou momentos de reflexão sobre seus valores de gênero, de cunho tanto laboral quanto viril.

Quanto a possível contribuição da dinâmica do relacionamento conjugal para o adoecimento psíquico do cuidador, o estudo também mostrou que o cuidador percebe que, para cuidar, necessita, além de apoio por parte das políticas de saúde, também de conhecimentos sobre a doença psíquica em si. Ele sente que falta habilidade para intervir, o que o leva a viver em uma situação de alerta constante, que causa cansaço, nervosismo, angústia e estresse.

Ao procurar compreender como esses responde às mudanças na relação conjugal como um resultado de um processo contínuo de sofrimento psíquico grave da parceira, pode-se perceber que a convivência com a esposa em sofrimento psíquico traz para ao cônjuge uma forte carga emocional. Tal condição fez aparecer nas entrevistas momentos de choros, desabafos, pela tristeza, nas falas e silêncios. Isso parece gerar no cuidador uma ansiedade existencial e diminuição do prazer pela vida, pelo fato de estar convivendo, diariamente, com a desesperança e a incerteza do futuro.

Dessa maneira, este trabalho pode favorecer a outras reflexões acerca dos sentidos que foram construídos, em direção às propostas de atenção aos cuidadores. Outro ganho dessa produção está em fornecer ao leitor contribuições acerca dos sentidos que são produzidos pelos cônjuges cuidadores, no campo da Saúde Mental, podendo servir de ferramenta as suas próprias construções teóricas e práticas que abordam esse tema.

Contudo, ao finalizar este trabalho, apresenta-se a sugestão de que haja desenvolvimento de estratégias de atendimento aos cuidadores, com a finalidade de instrumentalizá-los, para poderem lidar de forma mais adequada com seus familiares. Sugere-se, ainda a criação de espaços que promovam a troca de experiências e habilidades com relação ao papel de cuidador que cada um desenvolveu ao longo do tempo.

E, por último, e não menos importante, entende-se que este estudo pode possibilitar reflexões sobre o papel do homem e da mulher como forma homogênea no cuidado, desejando-se que as orientações dos profissionais da saúde mental sirvam de referência frente às vivências cotidianas com a parceira em sofrimento mental. Dessa forma, será possível reduzir suas angústias em relação ao cuidar e ao sofrimento do outro.

## REFERÊNCIAS

- ANDRADE, L. H. S. G.; VIANA, M. C.; SILVEIRA, C. M. Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos na mulher. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 33, n. 2, p.43-54, 2006. Disponível em: <<http://urutu.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol33/n2/43.html>>. Acesso em: 03 jun. 2015.
- ALVES, C. C. F.; SILVEIRA, R. P. Família e redes sociais no cuidado de pessoas com transtorno mental no acre: o contexto do território na desinstitucionalização. **Rev APS**. v. 14, 4, p. 454-463, 2011. Disponível em: <<http://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/1298/557>>. Acesso em: 19 maio 2014.
- AMARANTE, P. **Saúde Mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz. 2007.
- \_\_\_\_\_. Loucura, cultura e subjetividade: conceitos e estratégias, percursos e atores da reforma psiquiátrica brasileira. In: FLEURY S, (Org.). **Saúde e democracia: a luta do CEBES**. São Paulo: Lemos; 1997. p. 163-85.
- \_\_\_\_\_. (Coord.). **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.
- AMATUZZI, M. M. Pesquisa fenomenológica em psicologia. In: BRUNS, M. A. T.; HOLANDA, A. F. **Psicologia e fenomenologia: Reflexões e perspectiva**. 2. ed. Campinas, SP: Alínea, 2011. p. 17-40.
- ANDRADE, A. P. M. (Entre)laçamentos possíveis entre gênero e saúde mental. In: ZANELLO, V.; ANDRADE, A. P. M. (Orgs.). **Saúde mental e gênero: diálogo, práticas e interdisciplinaridade**. Curitiba: Appris, 2014. p. 59-77.
- BADINTER, E. **XY: Sobre a identidade masculina**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1993.
- BANDEIRA, M.; CALZAVARA, M. G. P.; FREITAS, L. C.; BARROSO, S. M. Escala de sobrecarga de familiares de pacientes psiquiátricos (FBIS-BR): estudo de confiabilidade da versão brasileira. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 29, n. 1, p. 47-50. 2007. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462006005000015>>. Acesso em: 21 ago. 2014.
- BASSANEZI, C. Mulheres dos anos dourados. In: DEL PRIORE, M. (Org.). **Histórias das mulheres no Brasil**. São Paulo: Contexto, 2000. P. 607-639.
- BARROSO, S. M.; BANDEIRA, M. N.; NASCIMENTO, E. Fatores preditores da sobrecarga subjetiva de familiares de pacientes psiquiátricos atendidos na rede pública de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, v. 25, n. 9, 1957-68, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n9/10.pdf>>. Acesso em: 11 out. 2013.
- BATISTA, C. M. F. et al. **Sobrecarga de familiares de pacientes psiquiátricos: influência do gênero do cuidador**. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v21n4/v21n4a02.pdf>>. Acesso em 19 out. 2014.
- BEAUVOIR, S. **O segundo sexo**. 2. ed. Rio de Janeiro, Nova Fronteira, 2009.

BOFF L. **Saber cuidar: ética do humano: compaixão pela terra.** Petrópolis: Vozes; 1999.

BORIS, G. D. J. B. **Falas de homens: a construção da subjetividade masculina.** 2. ed. São Paulo: Annablume, 2011.

BOURDIEU, P. **A dominação masculina.** 11. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).** Brasília, 2014. Disponível em: <[http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape\\_nasf.php](http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_nasf.php)>. Acesso em: 19 jan. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde/Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 466/2012.** Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, 12 dez. 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde/ Conselho Nacional de Saúde. Comissão Organizadora da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial. **Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental:** Intersetorial, 27 de junho a 1 de julho de 2010. Brasília, 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Política de atenção integral a saúde do homem:** princípios e diretrizes. Ministério da Saúde, Brasília, (2008).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde Mental no SUS:** acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção: Relatório de Gestão 2003-2006. Brasília; 2007.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil.** Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. OPAS. Brasília, nov. 2005.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS:** os centros de atenção psicossocial / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual do Programa “De Volta para Casa” / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas.** Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Sistema único de Saúde (SUS):** princípios e conquistas. Secretaria Executiva – Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Governo Federal. **SUS: O que você precisa saber sobre o Sistema Único de Saúde.** São Paulo: Editora Atheneu, 2002. Volume 1. p. 45-46, 121-132.

\_\_\_\_\_. Ministério da saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de atenção Básica. **Política nacional de atenção básica/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde.** – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. **Lei 10.216, de 6 de Abril de 2001.** Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da União. Brasília, 6 de abril de 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Decreto Nº 7.508, de 28 de junho de 2011.** Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília, 28 de junho de 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 3.124/ 2012.** Redefine os parâmetros de vinculação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) Modalidades 1 e 2 às Equipes Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas, cria a Modalidade NASF 3, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria n. Nº 2.488/2011.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União, Brasília, 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria n. 2077/2003.** Dispõe sobre a regulamentação da Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003, nos termos de seu artigo 8º. Diário Oficial da União, Brasília, 2003.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. **Portaria n. 336/2002.** Define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial. Diário Oficial da União, Brasília, 2002.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. **Portaria n. 224/1992.** Regulamenta o funcionamento de todos os serviços de saúde mental. Diário Oficial da União, Brasília, 30 jan. 1992.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 189/1991.** Aprova a inclusão de Grupos e Procedimentos da Tabela do SIH-SUS, na área de Saúde Mental (Hospitais Psiquiátricos). Diário Oficial da União, Brasília, 1994.

BRUNS, M. A.T.; TRINDADE, E. Metodologia fenomenológica: a contribuição da ontologia-hermenêutica de Martin Heidegger. In: BRUNS, M. A. T.; HOLANDA, A. F. **Psicologia e fenomenologia: Reflexões e perspectiva.** 2. ed. Campinas, SP: Alínea, 2011. p. 77- 92.

BUTLER, J. **Problemas de Gênero: feminismo e subversão da identidade.** 2. ed. Rio de Janeiro: civilização Brasileira, 2008.

CAILLÉ, P. **Un et un font trois: Le couple révélé à lui-même.** Paris: ESF, 1991.

CAMPOS, P. H. F.; SOARES, C. B. Representação da sobrecarga familiar e adesão aos serviços alternativos em saúde mental. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 11, n. 18, p. 219-237, dez. 2005. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/per/v11n18/v11n18a06.pdf>>. Acesso em: 21 set. 2013.

CAPALBO, C. **Fenomenologia e ciências humanas.** Aparecida, SP: Ideias & Letras, 2008.

CARDELLA, B. H. P. **Laços e nós: o amor e intimidade nas relações humanas**. São Paulo: Ágora, 2009.

CARDOSO, L.; GALERA, S. A. F. Internação psiquiátrica e a manutenção do tratamento extra-hospitalar. **Rev Esc.Enferm. USP**, v. 45, n. 1, p. 87-94, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n1/12.pdf>>. Acesso 11 out. 2014.

CARDOSO, L.; GALERA, S. A. F.; VIEIRA, M. V. O cuidador e a sobrecarga do cuidado à saúde de pacientes egressos de internação psiquiátrica. **Acta paul. enferm.**, v. 25, n. 4, p. 517-523, 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/apv/v25n4/en\\_06.pdf](http://www.scielo.br/pdf/apv/v25n4/en_06.pdf)>. Acesso em: 12 out. 2013.

CARVALHO, M. V. B. A morte: a arte de cuidar na despedida. In: POKLADEK, D. D. (Org.). **A fenomenologia do cuidar: práticas dos horizontes vividos nas áreas da saúde, educacional e organizacional**. São Paulo: Vetor, 2004.

CARVALHO, P. A. L. et al. O sentimento de coexistência e os cuidados à pessoa em sofrimento mental. **Cienc Cuid Saude**, v. 10, n. 4, p.658-665, 2011. Disponível em: <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/18308/pdf>>. Acesso em: 31 jan. 2015.

CATTANI, R. B.; GIRARDON-PERLINI, N. M. O. Cuidar do idoso doente no domicílio na voz de cuidadores familiares. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 6, n. 2, p. 254-271, 2004. Disponível em: <[http://www.fen.ufg.br/revista/revista6\\_2/pdf/Orig11\\_idoso.pdf](http://www.fen.ufg.br/revista/revista6_2/pdf/Orig11_idoso.pdf)>. Acesso em: 22 jan. 2014.

COLVERO L. A.; IDE, C. A. C.; ROLIM, M. A. Família e doença mental: a difícil convivência com a diferença. **Rev. Esc Enferm. USP**, v. 38, p. 197-205, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v38n2/11.pdf>>. Acesso em: 13 jun. 2014.

COLVERO, L. A. **Desafios da família na convivência com o doente mental: cotidiano conturbado**. 2002. 111 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem da USP; 2002.

CONNELL, R. W. Políticas da masculinidade. Tradução de Tomaz Tadeu da Silva. **Educação e Realidade**, Porto Alegre, v. 20, n. 2, p. 185-206, 1995.

CONNELL, R. W.; MESSERSCHMIDT, J. W. Masculinidade hegemônica: Masculinidade hegemônica: repensando o conceito repensando o conceito. **Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 21, n. 1, p. 424, 2013. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/ref/article/view/S0104-026X2013000100014>>. Acesso em: 23 maio 2015.

COSTA, J. F. **Ordem médica e norma familiar**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

COUTO, M. T. GOMES, R. Homens, saúde e políticas públicas: a equidade de gênero em questão. **Ciênc. saúde coletiva**, 2012, vol.17, n.10, p. 2569-2578. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n10/02.pdf>>. Acesso em: 09 mar. 2015.



CRESWELL, J. W. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto**. 3. ed. Porto alegre: Artmed, 2010.

CUNHA, G.T.; CAMPOS, G.W. S. Apoio matricial e atenção primária em saúde. **Saúde Soc.**, v. 20, n. 4, p. 961-970, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v20n4/13.pdf>>. Acesso em: 19 jan. 2015.

DALGALARRONDO, P. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

DARTIGUES, A. **O que é a fenomenologia?** 10. ed. São Paulo: Centauro, 2008.

DIAS, E. A. **Sobrecarga vivenciada por familiares cuidadores de pacientes esquizofrênicos e sua relação com a depressão**. 2011. 168f. Dissertação (Mestrado em Saúde Mental) - Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa. 2011.

DIMENSTEIN, M. et al. O Apoio Matricial em Unidades de Saúde da Família: experimentando inovações em saúde mental. **Saúde Soc.** São Paulo, v.18, n.1, p.63-74, 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/readcube/epdf.php?doi=10.1590/S0104-12902009000100007&pid=S0104-12902009000100007&pdf\\_path=sausoc/v18n1/07.pdf](http://www.scielo.br/readcube/epdf.php?doi=10.1590/S0104-12902009000100007&pid=S0104-12902009000100007&pdf_path=sausoc/v18n1/07.pdf)>. Acesso em: 21 maio 2015.

DINIZ NETO, O.; FÉRES-CARNEIRO, T. Psicoterapia de casal na pós-modernidade: rupturas e possibilidades. **Estud. psicol. Campina.** v. 22, n. 2, p. 133-141, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v22n2/v22n2a03.pdf>>. Acesso em: 29 jul. 2014.

DONZELOT, J. **Polícia das famílias**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1986.

DUTRA, V. F. D.; ROCHA, R. M. O processo de desinstitucionalização psiquiátrica: subsídios para o cuidado integral. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v.19, n.3, jul/set; 386-91, 2011. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v19n3/v19n3a08.pdf>>. Acesso em: 14 fev. 2014.

FEITOSA, K. M. A. et al. (Re)construção das práticas em saúde mental: compreensão dos profissionais sobre o processo de desinstitucionalização. **Psicologia: teoria e prática**, v. 14, n. 1, p. 40-54, 2012. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ptp/v14n1/v14n1a04.pdf>>. Acesso em: 29 set. 2013.

FÉRES-CARNEIRO, T. Casamento contemporâneo: o difícil convívio da individualidade com a conjugalidade. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 11, n. 2, p. 379-394, 1998. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010279721998000200014&lng=pt&tl](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010279721998000200014&lng=pt&tl)>. Acesso em: 20 abr. 2014.

FERRAZ, D.; KRAICZYK, J. Gênero e Políticas Públicas de Saúde: construindo respostas para o enfrentamento das desigualdades no âmbito do SUS. **Revista de Psicologia da UNESP**, v. 9, n. 1, 2010. Disponível em: <<http://www2.assis.unesp.br/revpsico/index.php/revista/article/view/166/215>>. Acesso em 13 jan. 2014.

FIGUEIREDO, L. C. M. **Matrizes do pensamento psicológico**. 18. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2012.

FLICK, U. **Introdução à pesquisa qualitativa**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

FOUCAULT, M. **História da loucura na idade clássica**. 9. ed. São Paulo: Perspectiva, 2013a.  
\_\_\_\_\_. **O nascimento da clínica**. 7. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária 2013b.

\_\_\_\_\_. **Doença mental e psicologia**. 2. ed. Lisboa: Texto & Grafia, 2008

\_\_\_\_\_. **Microfísica do poder**. 10. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1992.

\_\_\_\_\_. **História da sexualidade I**. Rio de Janeiro: Graal, 1977.

FOSTER, D. W. Consideraciones sobre el estudio de la heteronormatividade em la literatura latinoamericana. **Letras: literatura e autoritarismo**, Santa Maria, n. 22, jan./jun. 2001. Disponível em: <<http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/letras/article/view/11823/7251>>. Acesso em: 23 maio 2015.

GASKELL, G. Entrevistas individuais e grupais. In: BAUER, M. W.; GASKELL, G. (Orgs.). **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. 12. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2014. p. 64-89.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GOMES, R.; NASCIMENTO, E. F.; ARAUJO, F. C. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. **Cad. Saúde Pública**, v. 23, n.3, p. 565-574, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n3/15.pdf>>. Acesso em: 21 jan. 2015.

GONÇALVES, A.; SENA, R. A reforma psiquiátrica no Brasil: contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 9, n. 2, p. 32-47, 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v9n2/11514.pdf>>. Acesso em: 25 out. 2013.

HIRDES, A. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re)visão. **Ciênc Saúde coletiva**, v. 14, n. 1, p. 297-305, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n1/a36v14n1.pdf>>. Acesso 11 de out. 2014.

HOLANDA, A. Pesquisa Fenomenológica e Psicologia Eidética: elementos para um entendimento metodológico. In: BRUNS, M. A. T.; HOLANDA, A. F. **Psicologia e fenomenologia: Reflexões e perspectiva**. 2. ed. Campinas, SP: Alínea, 2011. p. 41 - 64.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Dados do **Censo 2010 publicados no Diário Oficial da União do dia 04/11/2010**. 2010. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=110028&search=rondonia|rolim-de-moura>>. Acesso em: 11 dez. 2014.

JAMESON, F. **Pós-modernismo**. Rio de Janeiro: Ática, 1995.

JASPERS, K. **Psicopatologia Geral**. Rio de Janeiro: Atheneu, 1987.

LACCHINI, A. J. B. **A família que cuida do indivíduo em sofrimento psíquico: um estudo**

fenomenológico. 103 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade de Santa Maria – RS. (2011). Disponível em: <[http://coral.ufsm.br/ppgenf/dissert\\_Annie.pdf](http://coral.ufsm.br/ppgenf/dissert_Annie.pdf)>. Acesso em: 21 set. 2013.

LISBOA, A. V.; FÉRES-CARNEIRO T. ...Até que a doença nos separe? A conjugalidade e o adoecer somático. **PSICO**, v. 39, n. 1, p. 83-90, jan./mar. 2008. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/viewFile/1452/2798>>. Acesso em: 29 abr. 2014.

MACHADO, A. G.; et al. Análise compreensiva dos significados de estar gestante e ter HIV/AIDS. **Rev Rene.**, v. 11, n. 2, p. 79-85, 2010. Disponível em: <[http://www.revistarene.ufc.br/vol11n2\\_pdf/a09v11n2.pdf](http://www.revistarene.ufc.br/vol11n2_pdf/a09v11n2.pdf)>. Acesso em: 10 jan. 2015.

MACIEL, S. C.; BARROS, D. R.; SILVA, A. O.; CAMINO, L. Reforma psiquiátrica e inclusão social: um estudo com familiares de doentes mentais. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 29, n. 3, p.436-447, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pcp/v29n3/v29n3a02.pdf>>. Acesso em: 14 out. 2013.

MAGALHÃES, A. S. Transmutando a subjetividade na conjugalidade. In: FÉRES-CARNEIRO (Org.). **Família e Casal: arranjos e demandas contemporâneas**. Rio de Janeiro: Puc-Rio, 2003. p. 225-245.

Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: **DSM – V. 5.** ed. Porto Alegre: Artmed, 2015.

MARTINS, J.; BICUDO, M. A. V. **A pesquisa qualitativa em psicologia: fundamentos e recursos básicos**. 5. ed. São Paulo, Centauro, 2005.

MEDRADO, B.; LYRA, J.; AZEVEDO, M. Eu não sou só próstata, eu sou um Homem: por uma política pública de saúde transformadora da ordem de gênero. In: Gomes, R. **Saúde do homem em debate**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011. p. 39-74.

MEDRADO, B. et al. Homens jovens do contexto do cuidado: leituras a partir da paternidade na adolescência. In: ADORNO, R. C. F.; ALVARENGA, A. T.; VASCONCELLOS, M. P. C. **Jovens, trajetórias, masculinidades e direitos**. São Paulo: EDUSP, 2005. p. 241- 264

MELO, E. L. I. **Equidade de gênero no âmbito corporativo sob a ótica do executivo**. 52 f. Dissertação (Mestrado profissional Executivo em Gestão Empresarial) - Escola Brasileira de Administração Pública e de Empresas, Centro de Formação Acadêmica e Pesquisa, 2012.

MELMAN, J. **Família e doença mental: repensando a relação entre profissionais de saúde e seus familiares**. São Paulo: Escrituras, 2001.

MERLEAU-PONTY, J. **Sens et non-sens**. Paris: Les Editions Nagel, 1948.

MINAYO, M. C. S. Trabalho de campo: contexto de observação, interação e descoberta. In: MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F. ROMEU, G. **Pesquisa social: método e criatividade**. 30. ed. Petrópolis: Vozes, 2011.

\_\_\_\_\_. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12. ed. São Paulo:

Hucitec, 2010.

MINKOWSKI, E. Breves reflexões a respeito do sofrimento (aspecto prático da existência). **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, v.3, n. 4, p. 156-164, 2000.

MINUCHIN, S. H. FISH MAN, C. **Técnicas de terapia familiar**. Porto Alegre: Artmed, 1990.

MOREIRA, D. A. **O Método fenomenológico na pesquisa**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2004.

NASCIMENTO, M.; CARRARA, S. Sobre "Homens, saúde e políticas públicas: a equidade de gênero em questão". **Ciênc. saúde coletiva**, v.17, n.10, p. 2583-2585, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n10/05.pdf>>. Acesso em: 07 mar. 2015.

NORGREN, M. B. P.; SOUZA, R. M.; KASLOW, F.; HAMMERSCHMIDT, H.; SHARLIN, S. A. Satisfação conjugal em casamentos de longa duração: uma construção possível. **Estudos de Psicologia**, v. 9, n. 3, p. 575-584, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/epsic/v9n3/a20v09n3.pdf>>. Acesso em: 23 jan. 2014.

OLIVEIRA, F. **Construindo saberes e práticas em saúde mental**. João Pessoa: Ed. UFPB, 2002.

OLIVEIRA, A. M. N.; LUNARDI, V. L.; SILVA, M. R. S. Repensando o modo de cuidar do ser portador de doença mental e sua família a partir de Heidegger. **Cogitare Enferm**, v. 10, n.1, p. 9-15, 2005. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/viewFile/4661/3617>>. Acesso em: 27 abr. 2014.

Organização Mundial de Saúde (OMS). **Relatório sobre a saúde no mundo 2001: Saúde mental: nova concepção, nova esperança**. Genebra. 2001. Disponível em: <[http://www.who.int/whr/2001/en/whr01\\_po.pdf](http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_po.pdf)>. Acesso em: 19 nov. 2014.

PRAZERES, P. S. MIRANDA, P. S. C. Serviço substitutivo e hospital psiquiátrico: convivência e luta. **Psicol. cienc. prof.**, v. 25, n. 2, p. 198-211, 2005. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/pcp/v25n2/v25n2a04.pdf>>. Acesso em: 11 abr. 2015

PESSOA JUNIOR, J. M. et al. Trajetória de um serviço substitutivo em saúde mental à luz da história oral. **Ciênc. cuid. Saúde**, v.12, n. 2, p. 298-306, 2013. Disponível em: <<http://www.revenf.bvs.br/pdf/ccs/v12n2/13.pdf>>. Acesso 11 out. 2014

PINHO, L. B.; HERNÁNDEZ, A. M. B.; KANTORSKI, L. P. Serviços substitutivos de saúde mental e inclusão no território: contradições e potencialidades. **Cienc. Cuid. Saude**, v. 9, n. 1, p. 28-35, 2010. Disponível em: <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/6824/5733>>. Acesso em: 27 fev. 2015.

PUCHIVAILO, M. C.; SILVA, G. B.; HOLANDA, A. F. A Reforma na Saúde Mental no Brasil e suas vinculações com o pensamento fenomenológico. **Revista da Abordagem Gestáltica - Phenomenological Studies**, ano XIX, n. 2, p. 230-239, jul-dez, 2013. Disponível:

<<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rag/v19n2/v19n2a11.pdf>>. Acesso em: 07 mar. 2015.

RIVERA, M. S.; HERRERA, L. M. Fundamentos fenomenológicos para un cuidado comprensivo de enfermería. **Texto contexto - enferm.**, v.15, n. esp., p. 158-163, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v15nspe/v15nspea19.pdf>>. Acesso em: 05 mar. 2015.

ROSA, L. **Transtorno mental e o cuidado na família**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

ROTELLI, F. et al., **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec, 1990.

SANDERS, P. "Phenomenology: a new way of viewing organizational research". **Academy of Management Review**. v. 7, n. 3, p. 353-60, 1982.

SANT'ANA, M. M.; PEREIRA, V. P.; BORENSTEIN, M.S.; SILVA, A. L. O significado de ser familiar cuidador do portador de transtorno mental. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 20, n.1, p.50-8, Jan-Mar; 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v20n1/06.pdf>>. Acesso em: 13 out. 2014.

SAFFIOTI, H. I. B. **O poder do macho**. São Paulo: Moderna, 1987.

\_\_\_\_\_. Rearticulando gênero e classe social. In: COSTA, A. O.; BRUSCHINI, C. (Orgs.) **Uma Questão de gênero**. São Paulo; Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1992.

SCOTT, J. **Gênero: Uma categoria útil para a análise histórica**. Recife: SOS Corpo, 3. ed., 1996.

SENA, E. L. S.; REIS, H. F. T.; CARVALHO, P. A. L.; SOUZA, V. S. A intersubjetividade do cuidar e o conhecimento na perspectiva fenomenológica. **Rev Rene**, Fortaleza, v. 12, n.1, p. 181-8, 2011. Disponível: <<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/141>>. Acesso em: 09 mar. 2015.

SEVERO, A. K. S.; DIMENSTEIN, M.; BRITO, M.; CABRAL, C.; ALVERGA, A. R. A experiência de familiares no cuidado em saúde mental. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, v. 59, n. 2, 2007. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/abp/v59n2/v59n2a05.pdf>>. Acesso em: 06 out. 2013.

SILVA, V. H. F.; DIMENSTEIN, M.; LEITE, J. F. O cuidado em saúde mental em zonas rurais. **Mental**, vol.10, n.19, p. 267-285, 2013. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=42028699008>>. Acesso em: 21 jan. 2014.

SCHNEIDER, D. R. Caminhos históricos e epistemológicos da psicopatologia: contribuições da fenomenologia e existencialismo. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, v. 1, n. 2, 2009. Disponível em: <<http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/viewFile/1127/1364>>. Acesso em: 11 mar 2015.

SOUZA, A. M. A. **Demanda de saúde mental na estratégia saúde da família em Recife-PE: aspectos epidemiológicos**. 118 f. Dissertação (Mestrado em enfermagem) – Universidade

Federal de Pernambuco, 2013. Disponível em: <<https://www.ufpe.br/ppgenfermagem/images/aluska.pdf>>. Acesso em: 01 abr. 2015.

THIRY-CHERQUES, H. R. Pierre Bourdieu: a teoria na prática. *Rev. Adm. Pública* v.40, n.1 Rio de Janeiro Jan./Fev. 2006. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-76122006000100003&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-76122006000100003&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt)>. Acesso em: 05 jun. 2015.

VASCONCELOS, M. P. C. (Orgs.). **Jovens, Trajetórias, Masculinidades e Direitos**. São Paulo, SP: FAPESP e EDUSP, 2005. p. 241-263.

VECCHIA, M. D.; MARTINS, S. T. F. O cuidado de pessoas com transtornos mentais no cotidiano de seus familiares: investigando o papel da internação psiquiátrica. **Estudos de Psicologia**, v. 11, n. 2, p. 159-168, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/epsic/v11n2/a05v11n2.pdf>>. Acesso em: 21 jan. 2014.

VIDAL, C. E. L.; BANDEIRA, M.; GONTIJO, E. D. Reforma psiquiátrica e serviços Residenciais terapêuticos. **J Bras Psiquiatr.**, v. 57, n. 1, p. 70-79, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v57n1/v57n1a13.pdf>>. Acesso em: 25 set. 2014

YASUI, S. **Rupturas e encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.

WELZER-LANG, D. A construção do masculino: dominação das mulheres e homofobia. **Revista Estudos Feministas**, v. 9, n. 2, p. 460-482, 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ref/v9n2/8635.pdf>>. Acesso em: 21 dez 2014.

\_\_\_\_\_. Os homens e o masculino numa perspectiva de relações sociais de sexo. In: SCHUPUN, M. R. **Masculinidades**. São Paulo: Boitempo Editorial, 2004.

WHITAKER, C. A. As funções do casal. In: ANDOLFI, M.; ÂNGELO, C.; SACCU, C. (Orgs.). **O casal em crise**. São Paulo: Summus, 1995. p. 225-245.

WILENSKY, H. L. **The Welfare State and Equality**. Berkeley: University of California Press, 1975.

ZANELLO, V.; A saúde mental sob o viés do gênero: uma releitura gendrada da epidemiologia, da semiologia e da interpretação diagnóstica. In: ZANELLO, V.; ANDRADE, A. P. M. (Orgs.). **Saúde mental e gênero: diálogo, práticas e interdisciplinaridade**. Curitiba: Appris, 2014. p. 41-58.

ZANELLO, V. **“Doença mental”**: uma metáfora morta que continua viva (inédito).

ZANELLO, V.; BUKOWITZ, B. Loucura e cultura: uma escuta das relações de gênero nas falas de pacientes psiquiatrizados. **Revista Labrys**, v. 20-21, 2011. Disponível em: <<http://www.tanianavarrowswain.com.br/labrys/labrys20/bresil/valeska.htm>>. Acesso em: 13 abr. 2012.

## **APÊNDICES**

## Apêndice A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE

Você está sendo convidado a participar do estudo “Saúde mental e relacionamento conjugal: experiências vividas pelo cuidador familiar de parceira em sofrimento psíquico”.

Estamos realizando um estudo sobre a experiência do esposo cuidador familiar que cuida da parceira em sofrimento psíquico, como é o seu caso. Nosso objetivo é compreender quais são as dificuldades que o esposo enfrenta no dia-a-dia ao cuidar da parceira usuária de saúde mental.

Para tanto, gostaríamos de contar com a sua colaboração durante aproximadamente 60 minutos para responder a entrevista semiestruturada. Serão feitas perguntas sobre diferentes aspectos de sua vida, mas não há respostas certas ou erradas, o importante é a sua opinião.

Essa entrevista não vai interferir com o tratamento da sua parceira usuária de saúde mental. Os riscos são mínimos, e estão relacionados aos possíveis desconfortos com relação ao tempo que você dispor para a entrevista. Caso haja esses desconfortos o pesquisador discutirá com você a melhor forma para amenizá-los. Você poderá ter todas as informações que quiser e poderá não participar da pesquisa ou retirar seu consentimento a qualquer momento, sem prejuízo no seu atendimento. Pela sua participação no estudo, você não receberá qualquer valor em dinheiro. Seu nome não aparecerá em qualquer momento do estudo, pois você será identificado com um número. Todas as informações prestadas por você são sigilosas. A divulgação das informações será anônima e em conjunto com as respostas de um grupo de pessoas.

Os resultados deste estudo permitirão uma melhor compreensão acerca da saúde mental do cuidador familiar a partir dos relatos de sua vivência na sua relação conjugal, identificando necessidades e apontando caminhos para possíveis intervenções específicas para esse grupo de cuidador.

Eu, \_\_\_\_\_, li e/ou ouvi o esclarecimento acima e compreendi para que serve o estudo e qual procedimento a que serei submetido. A explicação que recebi esclarece que minha participação não implicará em nenhum risco para mim. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento, sem justificar minha decisão e que isso não afetará o tratamento do usuário de saúde mental. Sei que meu nome não será divulgado, que não terei despesas e não receberei dinheiro por participar do estudo.

Eu concordo em participar do estudo. ....../ ...../.....

---

Assinatura do voluntário

---

Assinatura do pesquisador responsável

Telefone de contato do pesquisador: (69) 8412-8977

Em caso de dúvida em relação a este documento, você pode entrar em contato com a Comissão Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Federal de Rondônia - UNIR cepunir@yahoo.com.br fone: (69) 2182 – 2110.



## **Apêndice B – Roteiro de Entrevista ao Participante**

### **IDENTIFICAÇÃO:**

Nome:

Idade:

Tempo de relacionamento conjugal com a esposa:

Grau de escolaridade:

Número de filhos do familiar:

Trabalho do familiar:

Renda familiar:

1 - Há quanto tempo você cuida da sua esposa e como foi para você lidar com o início da doença?

2 - Como você vivencia o fato de ser cuidador da esposa que se encontra em sofrimento psíquico?

3 - Fale um pouco sobre a sua relação conjugal?

4 - Após você se tornar o cuidador principal de sua esposa, como você se sentiu?

5 - Como você lida com as mudanças ocorridas no comportamento da sua esposa quanto à relação conjugal?

### Apêndice C – Localização Geográfica de Rolim de Moura no Estado de Rondônia



**Fonte:** Site da Prefeitura Municipal de Rolim de Moura, 2015.

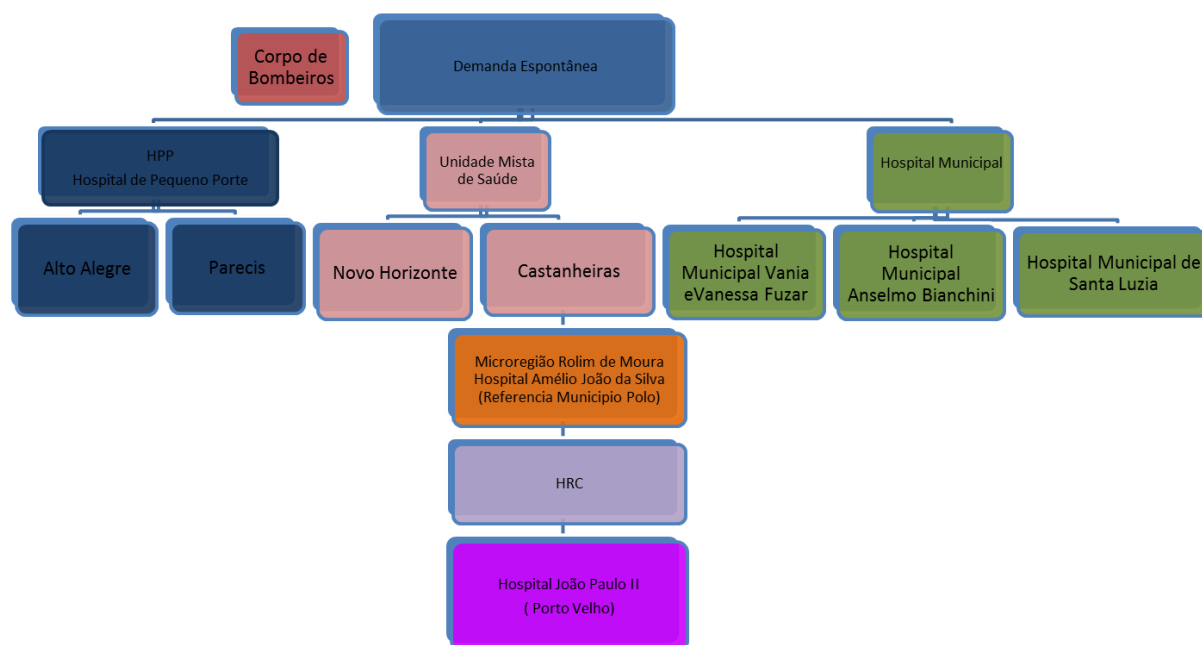
**Apêndice D – Mapa do Estado de Rondônia com as sete Regiões de Saúde e População por Região**



**Fonte:** IBGE 2010

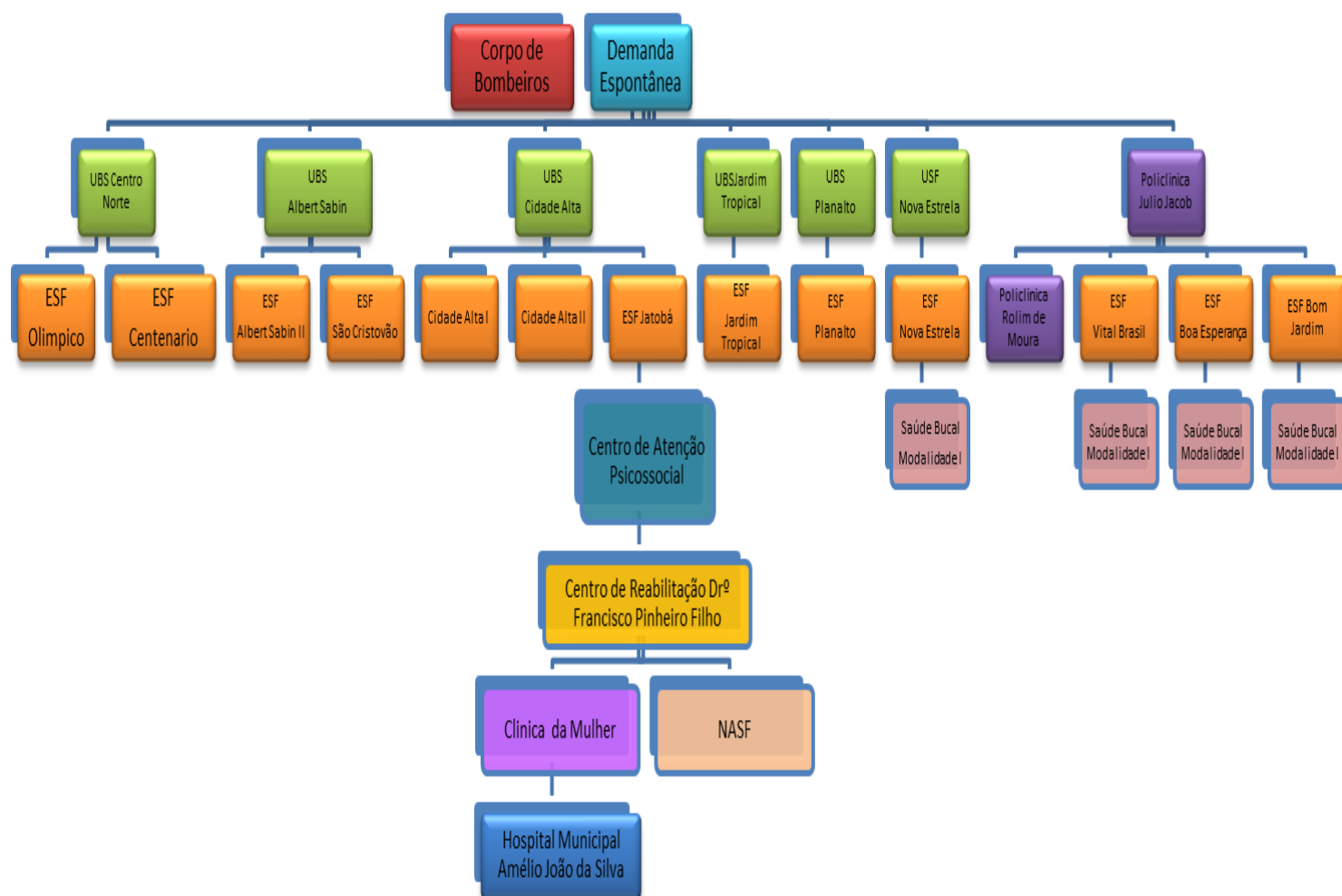
- VALE DO GUAPORÉ
- MADEIRA MAMORÉ
- REGIÃO DO CAFÉ
- CONE SUL
- ZONA DA MATA
- VALE DO JAMARI
- CENTRAL

## Apêndice E – Fluxo atual de atendimento dos Municípios de abrangência da V Gerência Regional de Saúde



**Fonte:** Secretaria Municipal de Saúde – SEMUSA, Rolim de Moura – RO, 2014.

## Apêndice F – Fluxo atual de atendimento da Saúde do Município de Rolim de Moura – RO



**Fonte:** Secretaria Municipal de Saúde – SEMUSA, Rolim de Moura – RO, 2014.

## **ANEXOS**

## Anexo 1 – Carta de Encaminhamento à Instituição Sediadora

### CARTA DE ENCAMINHAMENTO A INSTITUIÇÃO SEDIADORA

Sirvo-me da presente para apresentar o acadêmico **ERALDO CARLOS BATISTA**, CRP **20/04872**, aluno do curso de Mestrado em Psicologia pela Universidade Federal de Rondônia (UNIR), devidamente matriculado sob o N° **201320048**, e em fase de elaboração do projeto de pesquisa para efetivação posterior do trabalho de Dissertação.

Essas atividades estarão sendo orientado pelo Professor Dr. **JOSÉ CARLOS BARBOZA DA SILVA**, CRP **20/00224**, tendo como objetivo geral oportunizar a formação teórica, técnica e ética do acadêmico em questão.

Para tanto, vimos por meio desse, apresentar a Vossa Senhoria as linhas gerais que direcionam a pesquisa a fim de que possa avaliar seu interesse pela consecução da mesma e consequente autorização, se assim o decidir.

**Título:** Saúde mental e relacionamento conjugal: experiências vividas pelo cuidador familiar de parceira em sofrimento psíquico

**Problema:** Como a relação conjugal é vivenciada pelo cuidador familiar/cônjuge de parceira em sofrimento psíquico? Como a dinâmica da relação conjugal pode interferir na saúde mental do cônjuge cuidador?

**Objetivo geral:** Compreender as experiências vividas pelo esposo cuidador familiar na relação conjugal cuja parceira encontra-se em sofrimento psíquico.

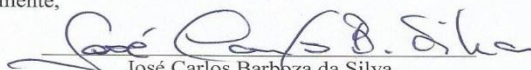
**Instrumento de coleta de dados:** Entrevista semiestruturada, caderno de campo e observação.

**Procedimentos essenciais:** O projeto será apresentado aos participantes, para que os mesmos sejam cientificados quanto ao objetivo da pesquisa e importância de sua participação, serão notificados também quanto ao sigilo das informações assegurando sua privacidade, para os interessados em participar da pesquisa, serão solicitados aqueles que concordarem a assinarem o Termo de Consentimento Livre e esclarecido. Ressaltamos que, a permissão dessa instituição é imprescindível para a construção dos resultados desse intuito, uma vez que foi escolhida por se tratar de pesquisa com seres humanos, só será efetivada se também aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Rondônia, órgão deliberador ligado à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, Conselho Nacional de Saúde e Ministério da Saúde. Vale destacar que as respostas obtidas serão apresentadas formalmente para uma banca de defesa da Dissertação de Mestrado, momento esse que será convidado a se fazer presente como um dos meios de ter acesso aos resultados levantados, guardando-se o sigilo do local e dos sujeitos envolvidos, prestadores das informações a serem analisadas.

Certos de contarmos com a vossa colaboração.

Porto velho, 19/03/2014

Atenciosamente,

  
José Carlos Barboza da Silva  
Orientador

*Recbto*  
*21/03/14*  
Emerson William Delben  
Coordenador CAPS  
Rolin de Moura - ROR



**Anexo 2 – Carta de Anuência da Instituição Sediadora da Pesquisa****CARTA DE ANUÊNCIA DA INSTITUIÇÃO SEDIADORA**

Declaramos, para os devidos fins, que concordamos em disponibilizar o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS I) de Rolim de Moura, para o desenvolvimento das atividades referentes ao projeto de pesquisa, intitulado: Saúde mental e relacionamento conjugal: experiências vividas pelo cuidador familiar de parceira em sofrimento psíquico, do pesquisador Eraldo Carlos Batista, sob a orientação do professor Dr. José Carlos Barboza da Silva, do Programa de Pós-Graduação em Psicologia (MAPSI), da Universidade federal de Rondônia (UNIR), pelo período de execução previsto no referido projeto.

Porto Velho - RO, 20 de MARÇO de 2014.

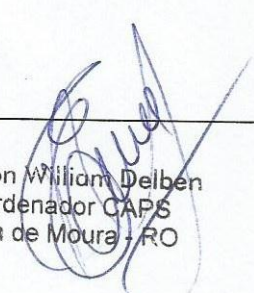
EMERSON WILLIAM DELBEN

Nome por extenso do responsável pelo setor

COORDENADOR DO CAPS.

Cargo e/ou função que exerce na instituição

E-mail: emersondelben@hotmail.com

  
Emerson William Delben  
Coordenador CAPS  
Rolim de Moura - RO



**Anexo 3 – Parecer Consubstanciado do CEP**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
RONDÔNIA - UNIR

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** SAÚDE MENTAL E RELACIONAMENTO CONJUGAL: EXPERIÊNCIAS VIVIDAS PELO CUIDADOR FAMILIAR DE PARCEIRA EM SOFRIMENTO PSÍQUICO

**Pesquisador:** ERALDO CARLOS BATISTA

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 30620414.4.0000.5300

**Instituição Proponente:** Universidade Federal de Rondônia - UNIR

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 650.879

**Data da Relatoria:** 25/04/2014

**Apresentação do Projeto:**

As atribuições ao cuidador familiar de pessoas que se encontram em sofrimento psíquico têm passado por profundas transformações no decorrer da desinstitucionalização psiquiátrica. Embora o papel de cuidar estivesse na maioria das vezes atribuído à mulher, é crescente o número de homens que tem a função de cuidador familiar principal de pacientes em sofrimento psíquico. O objetivo dessa pesquisa é compreender as experiências vividas pelo esposo cuidador familiar na relação conjugal cuja parceira encontra-se em sofrimento psíquico. Utilizará de uma pesquisa qualitativa. Os sujeitos participantes serão cinco cuidadores familiares/cônjuge do sexo masculino de parceiras que se encontram em sofrimento psíquico. A pesquisa será realizada no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) de Rolim de Moura – RO. Os critérios de inclusão na presente pesquisa consistem em ter idade igual ou superior a dezoito anos de idade, ser considerado cuidador familiar/cônjuge do sexo masculino, viver uma relação conjugal com mais de um ano de duração com parceiras que se encontram em sofrimento psíquico. Serão excluídos todos aqueles que não preencherem os pré-requisitos citados anteriormente. Como instrumento de coleta de dados utilizará de uma entrevista semiestruturada, observação e caderno de campo. A análise do material empírico se dará por meio da análise fenomenológica interpretativa. Na análise fenomenológica busca compreender significados e interpretar o fenômeno que é dado à consciência.

**Endereço:** Avenida Presidente Dutra, 2965 campus José R.

**Bairro:** Centro

**CEP:** 78.000-000

**UF:** RO

**Município:** PORTO VELHO

**Telefone:** (691)182-2111

**E-mail:** reitoria@unir.br; cep.unir@yahoo.com.br

## UNIVERSIDADE FEDERAL DE RONDÔNIA - UNIR



Continuação do Parecer: 650.879

### **Objetivo da Pesquisa:**

•Compreender as experiências vividas pelo esposo cuidador familiar na relação conjugal cuja parceira encontra-se em sofrimento psíquico.

### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos: o risco para esta pesquisa é mínimo e esta associada ao desconforto que pode existir em relação a responder as perguntas.

Benefícios: Baseado no tema e problema proposto para esta pesquisa "SAÚDE MENTAL E RELACIONAMENTO CONJUGAL: EXPERIÊNCIAS VIVIDAS PELO CUIDADOR FAMILIAR DE PARCEIRA EM SOFRIMENTO PSÍQUICO" este levantamento poderá trazer informações de sob como tratar esta problema com pessoas portadora desses transtornos no ambiente familiar.

### **Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A pesquisa também será de grande importância para a sociedade, uma vez que os resultados obtidos servirão de instrumentos sinalizadores para intervenção em torno da questão levantada, sendo estes compartilhados com os participantes que demonstrarem interesse pelos resultados, a instituição sediadora da pesquisa e consequentemente a sociedade. Ou seja, a identificação de possíveis particularidades nesse estudo apontará para a necessidade de se planejarem intervenções específicas para a população estudada, visando atender às suas reais necessidades, de forma mais objetiva, direta e apropriada.

Sendo assim, este estudo poderá contribuir com a ampliação dos conhecimentos acerca do familiar do sexo masculino, que cuida do seu cônjuge em sofrimento psíquico, bem como colaborar nas discussões a respeito da dinâmica da relação conjugal, considerando suas vivências e experiências reveladas pelo participante da pesquisa durante a coleta de dados.

### **Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Apresenta todos os documentos obrigatórios exigidos pela resolução em vigor CNS 441/12/2011.

### **Recomendações:**

Não há.

### **Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Após análise do projeto sou favorável a sua aprovação.

**Endereço:** Avenida Presidente Dutra, 2965 campus José R.

**Bairro:** Centro

**CEP:** 78.000-000

**UF:** RO

**Município:** PORTO VELHO

**Telefone:** (691)182-2111

**E-mail:** reitoria@unir.br;cep.unir@yahoo.com.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
RONDÔNIA - UNIR



Continuação do Parecer: 650.879

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

PORTO VELHO, 16 de Maio de 2014

Assinado por:  
Edson dos Santos Farias  
(Coordenador)

Endereço: Avenida Presidente Dutra, 2965 campus José R.

Bairro: Centro

UF: RO

Município: PORTO VELHO

CEP: 78.000-000

Telefone: (691)182-2111

E-mail: reitoria@unir.br; cep.unir@yahoo.com.br

## Anexo 4 – Entrevistas

### *Transcrição das entrevistas – Cuidador 1*

*Há quanto tempo você cuida da sua esposa e como foi para você lidar com o início da doença?*

Já faz 30 anos. No Início foi assim, nos primeiros sete anos de casamento ela de vez em quando “trapanhava” (apresentava os primeiros sintomas). O primeiro sintoma eu não sei como foi não. O pai dela que disse que ela tinha arruinado pela primeira vez, quando teve esse problema, foi com doze anos. Quando ela arruinou a primeira vez, depois que nos casamos, eu não sabia que ela tinha esse problema, aí levei ela pra Porto Velho e internei ela. Ela ficava muito agressiva. Quando ela ficava assim (surtava), [...] “avançava e unhava a gente. Daí o pai dela me falou que ela já tinha esse problema antes da gente casar, eu vim saber só sete anos depois, foi quando ela surtou pela primeira vez. De lá pra cá eu venho cuidando, e depois esse menino que é o mais velho também já nasceu com esse problema (transtorno mental grave). Aí as coisas ficaram muito difícil, porque daí eu cheguei num ponto que eu fui obrigado a largar o emprego e ficar só cuidando dos dois. Tinha vez que ela ficava um ano ou dois anos boa, mas depois “arruinava” de novo. Teve época dela ficar até quatro anos sem dar problema, quer dizer, problema assim, de ficar “doida”, mas boa, boa da mente não. Só que como o meu filho também tinha problema no juízo, eu tinha que cuidar dele também e eu fui obrigado a levar ele pra Porto Velho e nesse meio tempo meu pai e minha mãe passou a ajudar a cuidar dele porque eu não tinha condição de cuidar dela e dele ao mesmo tempo. Um dia no hospital chegou num pontoem que eles (os avós) pediu pra ficar com ele (o filho). No início eu não queria entregar o menino para eles cuidar, mas depois deixei pra eles cuidarem, era muito problema para mim, estava muito difícil. Só que depois de dois anos que o menino estava com eles (os avós) minha mãe morreu, depois meu pai também morreu, daí tive que buscar o menino de volta pra casa e passei a cuidar dos dois de novo. De lá pra cá foi assim, essa mulher aí “trapanhava” eu levava pro hospital, ela ficava uns tempo boa depois arruinava de novo. De lá pra cá fui vivendo assim, fui vivendo (silêncio) vivi esse tempo todo assim (silêncio) uns tempo bom, uns tempo ruim, minha vida foi assim.

*Como você vivencia o fato de ser cuidador da esposa que se encontra em sofrimento psíquico grave?*

Difícil menino, é complicado (pausa) é difícil porque eu tenho que cuidar dela, tem de fazer de tudo, e ela dana num choreiro sem motivo nenhum, dá o maior choreiro não sei também se não tem motivo nenhum. Eu tenho que dar banho nela, tenho que fazer tudo, tanto nela como no meu filho. Daí não tem jeito nem de sair de casa. Como que eu posso sair? Só saio rapidinho pra ir na feira ou pra comprar alguma coisa, assim, o necessário pra casa. Também saio pra ir atrás dos remédios dela. É só pra isso que eu saio. A maioria do tempo fica assim, só eu e eles, aqui não em ninguém. Essa gente tem um preconceito danado, ninguém gosta nem de visitar esse tipo de gente... fazer o que aqui também né? Se uma mulher chega aqui como que conversa com ela desse jeito, vir uma pessoa aqui é difícil. É complicado de mexer com esse tipo de gente (a esposa), também não vem pra conversar com ela (a esposa) porque as pessoas ficam até com medo dela. O preconceito é grande também com a gente, tenho sofrido demais, tenho passado muita dificuldade. Na época que eu trabalhava, as vezes a gente estava no trabalho, estava empregado, daí a mulher “trapanhava” (agravava a doença) daí tinha que abandonar o emprego e ir para Porto Velho com ela. Aí perdi o emprego, aí bagunçava minha vida, perdia o emprego e tinha que começar tudo começar tudo de novo. (voz trêmula e expressão de raiva).

As vezes ela ficava até um ano internada, aí bagunçava tudo de novo. Quando eu estava normalizando a minha vida ela “trapanhava” de novo. Menino minha vida foi fácil não. Aí depois resolvi trabalhar num sitio, arrumei um sitio em Mato Grosso, lá morei nove ano nesse sitio. Aí teve uma época que ela trapanhou o juízo, fui dar um remédio pra ela, ela não queria tomar, ela estava com uma lamparina na mão, me tacou essa lamparina me queimou tudo, o sinal está aqui ó (na volta superior do corpo, barriga e braços) o meu corpo queimou tudo, fiquei até estado de coma na UTI, ela é muito agressiva. Aí ela caiu e ficou nessa situação aleijada (a esposa é cadeirante), não tinha quem cuidava dela, fui obrigado a cuidar dela, mesmo me recuperando das queimaduras. Mas não estava com vontade de cuidar mais não, sabe, eu já tenho sofrido demais. Mas daí, não tinha quem cuidasse dela, fui obrigado a cuidar de novo. Peguei vendi meu sitio e vim pra cá. Aqui tem recurso melhor, aí não teve jeito, vim embora.

*Como você se sentiu depois de tornar-se o cuidador da sua esposa?*

Tem hora que o estresse é demais, parece ficar até meio...(pausa) faz raiva, já tem hora que a pressão da gente sobe, a raiva é demais. Eu acho que eu cuido até demais, porque... se não já tinha largado de mão dela, pelo que ela faz. Tenho que dar o remédio pra ela três vez no dia, já tenho os remédio dela tudo separado e do meu filho também, então dou os remédios deles todos os dias na hora certa. Isso estressa demais, a gente cansa só de passar raiva. Só faz raiva, se põe na cama, deita lá, quando estou chegando aqui na sala já tá levantado. Tem hora que deixo até cair, chega a hora que você estressa, se põe na cama, põe num lugar, põe em outro, põe aqui, põe ali. O “trem” é difícil menino. Todo dia, tem dia que ela toma quatro a cinco banho. Se deixo dois dias sem lavar roupa aquele varal enche. O meu trabalho só aumentou tenho que cuidar da casa, lavar roupa, tenho que fazer de tudo, lavo roupa, lavo louça faço comida, dou banho, tenho que fazer de tudo, buscar remédio. Isso é bom porque a gente dá uma saída pra rua sozinho, alivia um pouquinho. Já... fui garimpeiro, de tudo um pouco e vim do sitio pra cá, estou aqui até hoje. Mas é ruim a vida da gente, trabalhava no sitio (silêncio), e agora ter de viver assim, sem poder sair. Gostava de pescar tudo isso acabou (silêncio). De primeiro trabalhava e a gente se distraía, mas quando chegava o domingo que gostava de fazer era pescar, meu divertimento era esse quando era novo. Minha festa era pescar, passar o dia, agora nada disso dá pra fazer. Já fiquei com essa mulher internada em Porto Velho vários dias sem dormir sentia raiva, porque tinha que cuidar dela. Esse povo (a esposa) só da sossego quando morre. Sabe, não é qualquer um que aguenta não. Menino é difícil, é pouca gente nesse mundo que aguenta uma mulher dessa. Agora ela tá aleijada, antes ela avançava na gente...danava a quebrar tudo, tinha que amarrar ela. Por isso, eu não espero mais nada daqui pra frente (silêncio), isso mesmo e pronto. Vai chegar num ponto que eu também já estou ficando na idade, estou ficando velho. Aí não vai ter quem cuida de mim, minha esperança é essa cada vez pior. Ela não dá conta de cuidar de mim e se eu chegar num ponto que eu ficar aleijado também quem vai cuidar de mim? Meu menino também não pode cuidar...

*Fale um pouco sobre a sua relação conjugal? (Da sua vida de casado com ela)*

Olha já acostumei com ela, (silêncio) sei lá, se eu separar dela não tem com quem cuida, fica difícil pra gente, se abandonar, aí fica difícil. Aí quem vai cuidar? o pai dela já tá velhinho, os irmãos dela é tudo uns drogado. Eu tenho dó, mas (silêncio). Intimidade nossa não tá existindo muito mais não, só mesmo pra (silêncio). Isso irrita a gente demais; Deus me livre, mexer com esse tipo de gente (a esposa). Isso irrita a gente demais, passa muita raiva, acaba no fim que eu fico estressado demais... mexer com esse tipo de gente dá um estresse. A gente é homem né, você sabe, sente falta (de sexo), mais chega numa parte que acostuma com sofrimento. Sofrendo

demais, mais a gente acostuma, é... chega num ponto que a gente acostuma. Mas tem hora que já pensei em internar ela, já que tem esse problema. Também alguma vez me arrependi de arrumar esse casamento, pra viver como vivo hoje. Se tivesse largado dela talvez eu teria saído bem melhor. Cheguei até me arrepender de ter arrumando mulher. Deus que me livre parece até que foi um castigo, arrumei um “trem” desse (sorriso). Não quero nem saber de mulher, chega já estou velho, estressei com esse tipo de coisa tenho é medo, pelo o que eu estou passando. Se tivesse um jeito de internar e alguém que cuidasse dela, eu achava até bom.

*Como você lida com as mudanças ocorridas no comportamento da sua esposa quanto à relação conjugal?*

Difícil, não é fácil não, a gente fica meio nervoso, dá um remédio pra ela e vai controlando. Tem vez (silêncio) agora mesmo, ela tá enjoada de novo, tem dia que ela está terrível, tem época que é de “veneta”, agora tá enjoada de novo. Hoje mesmo ela chorou até “dizer chega”, um estresse mínimo já começa esse chororô. Olha vou dizer uma coisa: trabalhar num serviço pesado, num cabo de motor o dia inteiro sem parar, ou trabalhar de pedreiro o dia inteiro com o patrão enchendo o saco é muito melhor do que cuidar de uma pessoa assim. Pelo menos não passa raiva. Você chega em casa cansado, mas não tem perturbação. Essa mulher perturba o dia inteiro. Deus me livre, é difícil demais. A gente sofre demais. A gente vai vivendo assim, eu cuido dela, aí vai vivendo.

*Transcrição das entrevistas – Cuidador 2*

*Há quanto tempo você cuida da sua esposa e como foi para você lidar com o início da doença?*

Há um ano. No início foi assim, a gente quase não percebe né, a mudança do dia a dia, então assim, não estava percebendo, eu fui apenas conseguir entender o que estava se passando com ela depois de algumas situações que estava se passando no nosso dia-a-dia e na nossa vida. Mas no início é assim, a gente acha que um pouco é só um estressezinho, é uma TPM, não sei o que (risos). Acho que não dei o devido valor, quando ela comentava do que estava sentindo. Às vezes eu dizia: “a isso não, isso aí é frescura, ah não isso...” é problema de estresse, ansiedade, “a não, isso aí é frescura”, igual o doutor falou, “vai lá pegar uma trouxa de roupa e lava que passa”, então as pessoas não dão importância, as pessoas não tem o conhecimento do que são as doenças mentais, essa é nossa realidade. Quem não trabalha dentro dessa área, que tem um pouquinho de conhecimento pensa, “a não, isso não é nada, isso aí é frescura”, “essa aí está de palhaçada”, “essa aí tá para chamar atenção”. Ela até comentou que com algumas pessoas fez comentários desse tipo, “a, isso aí não é nada não, eu acho que tem esse preconceito por não conhecimento da doença. No meu caso eu pensava que isso era normal, vai passar aquela semana, vai melhorar, né? Mas as coisas vão se agravando. Pra mim, tá sendo uma tarefa difícil, mas ao mesmo tempo está sendo uma tarefa diferente, né. A gente já viu bastantes coisas né, a gente tenta ajudar, a gente tenta por algumas coisas para melhorar, a convivência dela no momento em que ela está passando, ne esse momento todo de angústia, de estresse, de ansiedade. Então você tem que proporcionar pra ela alguma coisa que vai melhorar, mas no momento quando você não tá bem a par, você não faz, você faz tudo errado, né, pelo lado contrário, você acaba fazendo coisas que você acha que está certo, mas na verdade está errado. Está sendo muito difícil pra ela. Eu estou tentando ajudar, independentemente de qualquer coisa, mas minha função é isso aí, nesse momento eu quero ajudar ela, e eu sei que nesse momento ela está precisando muito de ajuda.

*Como você vivencia o fato de ser cuidador da esposa que se encontra em sofrimento psíquico?*

No início pra você lidar com alguns sintomas que aparenta nessa doença, eu falo que é doença porque é doença, você não sabe o que fazer né? Se você vai conversar, se você vai fazer alguma outra coisa, se vai virar as costas e sair de perto pra não estar brigando, é difícil. Ainda estou me adaptando, apesar de que eu acho que a doença dela não é uma doença grave, é uma doença no início, mas tem as dificuldades. Tem hora que não sei o que fazer, vou fazer o que pra ela agora? Vou conversar o que com ela? Vou fazer o que pra tirar ela desse nervosismo, dessa ansiedade, dessa angústia? É aí que você se perde, e aí poxa vida (silêncio). Tenho tentado ler alguma coisa, tentado ver o que eu posso fazer pra estar minimizando, pra estar ajudando, eu tenho olhado alguma coisa na internet sobre esse quadro dela, que ela tem um quadro de angústia aguda, uma coisa bem mais profunda. Eu vi algumas matérias na internet pra poder estar buscando alguma coisa pra ajudá-la. A gente está descobrindo isso tudo de início, uma coisa recente, o quadro dela não é um quadro grave, eu conheço, eu tenho essa vivência, como eu falei, eu trabalhava numa escola especial no Centro Educacional, a gente vê quadros muito piores e ainda tem o convívio social com todo mundo. Eu acho assim, não é o momento de internação, é o momento de ajudar, de buscar uma ajuda psicológica, uma ajuda física, uma ajuda familiar por meio de um remédio, de uma ajuda profissional. Como disse o médico ontem, um especialista, se for o caso vamos ao psicólogo, vamos procurar uma equipe que tem esse aprofundamento pra poder está ajudando ela retomar a vida.

*Como você se sentiu depois de tornar-se o cuidador da sua esposa?*

Percebo que minha saúde também foi afetada. Afeta porque você passa a se preocupar muito com a pessoa. Me preocupo com ela e esqueço de mim, é aquela velha coisa, vou me preocupar com você e esquecer de mim, mas pra mim está tudo bem, se eu comer ou não comer, se eu não fazer mais nada, então acho assim, acaba afetando. Você já não dorme direito, você não se alimenta direito, eu só trabalho na minha função, não tem praticado mais esportes, não faço mais nada, eu vi que começou a prejudicar meu corpo também, passar mal. Falta vontade de fazer as coisas e isso acaba até afetando assim, no seu trabalho, você vai lá trabalhar, mas não tem o mesmo rendimento. É, nós temos nossas contribuições, eu faço uma coisa, ela faz outras, mais a maior parte assim fica por ela, principalmente no final de semana, não tem empregada no final de semana. Eu sempre procurei ajudar, em lavar uma louça, limpar um quintal, mais, coisas maiores eu não fiz, mais alguma coisa eu não fiz, mais pra estar ajudando ela, pra ter um pouco mais de paz, de descanso, de sossego, eu tenho tentado também. Também perdi um pouco da minha vida social. Até tempos atrás, a gente tinha uma vida social até boa, mesmo depois que nossa filha nasceu. A gente não sai mais pra canto nenhum, ela só fica sentada ou deitada aqui no sofá, igreja, casa dos amigos, clubes, festas, então isso aí afetou. Ela se fechou no mundo dela com o problema que ela tem. Então, você sabe, a pessoa se fecha, e eu me fechei no meu mundo aqui, aí eu não ajudava ela e nem ela me ajudava. Afetou bastante, cara, mais pelas nossas conversas a tendência é que a gente faça mudanças, eu faça minha parte na mudança dela, tudo de comum acordo pra que faça alguma coisa de bom aí pra frente. A gente acaba caindo na rotina do dia-a-dia, por causa do trabalho, por causa das nossas obrigações, você acaba deixando a desejar, perante sua mulher, perante sua casa, perante seus filhos, então eu me sinto um pouco culpado porque quando ela me falou da primeira vez algumas coisas que estava sentindo. Até no momento achei que fosse uma coisa normal, passageira e não, tanto que ela me falou algumas vezes que ia a uma consulta psicológica, marcou algumas consultas e foi e eu não dei a devida atenção, pra perguntar o que estava acontecendo, tá indo bem, não tá, eu fui descobrir agora, recentemente, que ela estava tomando remédio controlado passado pelo

médico, por meio de uma consulta, e por eu não ter dado a devida atenção também ela acabou desistindo. Dessa parte, é assim, a culpa minha eu sei que tenho uma grande parcela, o trabalho tem outra, o dever de casa tem uma parcela, por isso que eu me propus ajudar ela agora. Por isso que digo que me sinto culpado, quando ela começou a ficar muito nervosa, muita angústia, muita ansiedade, eu achava que era devido ao serviço, queira ou não queria o serviço onde ela trabalhava, não trabalha mais, é muito desgastante, e o setor onde ela trabalhava é pior ainda, atender pessoas, solucionar problemas, aquela pessoa quer problema de imediato você não consegue (risos), e aí, acho que eu pensava assim, ela tem que deixar pra lá, como eu conseguia deixar meus problemas profissionais lá onde eu trabalhava e não trazer pra casa, eu conseguia fazer isso, mais ela não conseguia, eu achava assim, o que ela tá me falando é coisa do serviço dela, deixa pra lá, depois ela resolve com chefe. Eu pensava assim.

*Fale um pouco sobre a sua relação conjugal? (Da sua vida de casado com ela)*

Ah, ficou difícil, ficou difícil porque é, comportamento da pessoa muda muito. O meu comportamento mudou muito, e devido a nossos horários, horários de dormir, hora de acordar, hora de trabalhar, a vida afetiva nossa mudou bastante. Antes, antes disso aí, ela cobrava mais carinho de mim, mais carinho, mais afeto, mais parte sexual tudo, aí quando eu mudou, aí tá, eu peguei e mudei, quando eu mudei, aí já foi ao contrário, ela já não estava mais disposta, ela não estava sendo mais afetiva, não tinha mais carinho. Aí nesse último momento as coisas não estava muito boa não, a gente pouco se falava, a gente pouco fazia amor, a gente pouco tinha esse momento de carinho, de contato. Eu me sentia mal, me sentia muito mal, porque as vezes você pensa que está fazendo a coisa certa e está tudo errado, quando ela queria meu carinho eu não dei e quando eu quis (risos) o dela ela também não me deu, então eu me sentia mal. Aí você pensa assim: eu mudei, estava tentando mudar e agora não estou conseguindo, então quer dizer, eu ultimamente estava lidando assim, da seguinte forma, quando tinha que ter um carinho, tinha um carinho, quando não tinha, não podia fazer nada, não cobrava dela. Sabe assim, quero alguma coisa, deixando ela assim mais a vontade dela, mais eu me sentia mal, quem é casado sabe, que a parte afetiva, a parte amorosa, tem que ter um carinho. Aí as coisas não começam mais funcionar. Todo homem casado sabe disso. O homem precisa né? É complicado. É uma coisa complicada, tem hora que você fica até com raiva, né, pô, está pra acontecer (relação sexual), mas não acontece. Mas nunca falei, nunca explodi, eu guardei pra mim. Nunca falei pra ela, só uma vez que a gente discutiu e eu toquei numa coisa relacionada a esse assunto, mas depois não falei mais nada. Mas é assim, eu guardava pra mim, tinha época que eu ficava chateado, até com raiva, vamos falar assim com raiva, mas com toda situação que estava acontecendo. Mas assim, eu não falava pra ela, eu guardava pra mim, tipo assim, tem que melhorar. Nós temos conversado bastante, temos exposto nossos problemas, o meu o dela, vamos ver se daqui pra frente com essa ajuda, graças a Deus, ela consiga melhorar e sair desse mal que está atormentando ela.

*Como você lida com as mudanças ocorridas no comportamento da sua esposa quanto à relação conjugal?*

Eu acompanho ela ao médico, pra ver todo o problema dela, em que grau que está, pra ver o que o médico falava, pra ver. É assim, ontem acompanhei bastante ela, e me senti o pouco melhor também, fiquei mais a par do que eu posso fazer pra ajudar ela. Eu falei pra ela, hoje ela tenho que cuidar dela, esquecer um pouquinho os filhos, a família. Porque se não cuidar dela, ela não vai conseguir cuidar da filha, não vai conseguir voltar para um casamento. Eu tento lidar com a situação, assim, eu tenho gênio forte, tenho personalidade forte, e sou



explosivo, meu medo era de pôr pra fora e explodir quando ela agravasse a doença e a coisa se tornar maior, ou eu guardar dentro de mim como eu faço e ficar dez dias sem dar bom dia dentro de casa, dormir do lado e nem bom dia e nem boa tarde. Sem falar alguma coisa ou para pedir para fazer tal coisa, então é o que, falta de conhecimento. E isso aí, é tentar entender. E as pessoas ter um pouquinho mais de conhecimento. Tendo conhecimento já é bom demais. Então a gente vê que a falta de entendimento do que é; a falta de conhecimento os sobre os sintomas, sobre do que é a doença, o tipo de doença que ela tem, principalmente dessas doenças psicológicas, que são, você não tem conhecimento, você tem o princípio dela e acha que não é, você aceitar que é isso que você tem isso daí, (risos). Isso é o mais complicado, a pessoa aceitar, a família aceitar e entender a situação, é só quem vivencia, passa a ter um acompanhamento, uma consulta, escuta um especialista falar o que é, ensina o que tem que fazer, como é que essa coisa se manifesta, você passa a ter um pouquinho mais de paciência, você entender, pô o cara tem mesmo, quantos e quantos casos a gente vê aí na rua aí, cara, ah o cara se suicida, o cara não sei o que, é droga, é alcoolismo, é alguma coisa que tá relacionada.

### *Transcrição das entrevistas – Cuidador 3*

*Há quanto tempo você cuida da sua esposa e como foi para você lidar com o início da doença?*

Deixa eu ver, de 1980 pra cá vai dar 34 anos. Eu lembro que eu trabalhava na fazenda, aí eu estava na roça trabalhando veio uma pessoa me avisar: “sua esposa está morrendo lá na sua casa, tá chorando demais e falando sem parar”. Aí eu cheguei em casa, ela estava sentada na porta da cozinha, a calçada era alta ela estava sentada lá no chão e muita gente em volta, ela chorando e falando: eu quero confessar (porque nós era católico) se o padre me der a hóstia eu sei que eu morro e se eu morrer eu vou pro céu, se eu não tomar hóstia eu não vou pro céu. Ela não sabia quase nada de religião, mas nós, sempre, todo domingo estava na igreja assistindo reunião com o padre. Daí já pus ela no carro, levei pra cidade e chamou um padre. O padre confessou ela e deu pra ela a hóstia. Ela disse: “agora vou morrer vou morrer mesmo”. Daí nós já levamos ela para um hospital psiquiátrico, estava meio atrapalhada. Lá (no hospital) deram injeção de calmante nela, ela ficou boa. O médico consultou, deu um remédio pra ela. Ela viu lá na casa que a gente passou ela viu lá um caneco com uma foto de um gato, ela disse que aquela foto do gato era o diabo, era o capeta, o diabo nesse copo que agente tomou café. Bagunçou mais a mente dela. Aí o doutor deu a injeção nela, ela ficou boa e nós entramos no ônibus e estávamos vindo embora pra casa. Nós andamos mais ou menos uns vinte quilômetros ela deu um grito. Eu naquele tempo tinha bastante força né, e ela anda com uma menina nossa, a menina já tinha nove meses, a menina era gorda, ela enconchou a menina e disse: “ninguém toma minha filha”, e ela (apertava os braços) e, eu pegava nos braços dela assim, o braços dela estralava, eu falava: “vai quebrar” mais voltar os braços dela, não teve jeito nenhum que voltava. Quando eu gritei dentro do ônibus um bocado de gente veio de lá. Uns pegou no braço dela e outros de cá aí que pode tirar a menina de dentro do braço dela, e a mulher que tomou a menina era a mulher que trabalhava no banco e ela (a esposa) falava: “me dá minha menina gata”.

*Como você vivencia o fato de ser cuidador da esposa que se encontra em sofrimento psíquico?*

Se tivesse, vamos supor assim, um lugar para internar ela de manhã e a tarde ela tivesse em casa seria bom, seria uma melhora dentro de casa. Mas aguentar trabalhar mais eu não aguento, eu não posso mais, enxada não aguento, aqui mesmo serviço que me envolvo um pouquinho amanheço todo rebentado. No início, posso dizer, que eu quase não comia, eu deixava uns negócios ali pra chegar e fritar uns ovos, fazer um arroz no fogo, e eu mesmo fazia, comer logo.

Ela sempre fala para o povo que minhas filhas eu fui pai e fui mãe, trabalhava e pagava gente pra lavar roupas das crianças e ajudar. Eu zelo das crianças, as vezes o meu cunhado que morava perto, dizia: “até hoje dentro de casa ela não dá conta né coitadinha”. É eu que tenho que trabalhar, fazer a limpeza, fazer a comida, lavar roupa. E quando ela passava mal da cabeça tinha que ir no psiquiatra. Interessante porque lá eles estavam tratando né, lá tinha tratamento sério mesmo e depois desse calmante quando ela está zangada ela mesmo toma sozinha o calmante. Agora a pressão dela está desregulada, precisa estar medindo a pressão frequentemente.

*Como você se sentiu depois de tornar-se o cuidador da sua esposa?*

Muito supercarregado, tudo é eu. Acordo já começo fazer almoço, limpar casa, lava roupa. Ontem mesmo lavei um tanto de roupa aqui, estava parado aí, e agora estava acabando de limpar um área ali fora. Tenho que dar os remédios pra ela, já tenho o horário certinho dela, antes era ela que pegava o remédio, mais as vezes esquecia. Rapaz tem vez que a gente dorme, tem vez que começa dá uma perturbação na minha cabeça e aí já perco sono. Vou dormir de madrugada mais ou menos. Dorme uma horinha de madrugada e já é hora de levantar, umas horinha de madrugada vez em quando. Entre muitas coisas, fico pensando, viro na cama de um lado, do outro, os problemas dentro de casa. Tem esse filho aí dentro de casa, que também é doente, só o ganho dela não dá, eu não posso sair para trabalhar, está difícil segurar. Eu precisava ter um ganho também, só o ganho dela não dá, e tem muito trem dela pra pagar, vem a roupa dela, vem um calçado, um remédio de vez em quando, as vezes não ganha lá no CAPS aí tem que comprar. Tenho sentido muito cansaço, pra ser sincero mesmo, a gente sente, mas tem que cumprir, né. A gente se sente, eu não posso sair pra canto nenhum porque, além de tudo a gente não tem dinheiro, pra ir numa festa, igual amanhã mesmo, tem festa, agora está tendo festa direto, assim, jogo de futebol, torneio né, a turma (os amigos) sai e eu sou obrigado a ficar em casa. Falei com o outro cara que mexe também (Técnico de futebol amador): “você toma conta lá, porque a mulher é tá assim e assim, e eu estou sem condições de chegar lá e passar o dia inteiro”. Porque é assim de manhã até de tarde e noite. Também não tenho dinheiro, não tenho nada. Já pensou um homem viver assim? Eu sou o homem daqui, eu sou o responsável por todos aqui. Que homem eu sou? Isso é horrível pra mim. Se ela ‘ficasse boa’ a minha vida seria outra. Então a gente fica assim com cabeça meio perturbada. Mas depois esquece, vai seguindo pra frente. Vou fazer cinquenta e cinco anos, a gente pensa um coisa, mas, é, o que dizer, nunca desiste, mais pra frente tem uma melhora. Mas é difícil, como começar desde agora, se não tiver um ganho, ficar cuidando de uma pessoa como ela acaba que agente uma hora dessa enlouquece também. Se eu pudesse pelo menos fazer alguma coisa, já ajudaria muito, a perturbação acabava sendo menos. Poderia ajudar pelo menos a comprar um remedinho. A gente não sai de casa, passear mesmo com ela, é só na rua e para casa. Tive que abrir mão do que eu mais gosto que é futebol, o resto não importo muito, não vou em boteco em lugar nenhum. Na verdade, faz muito tempo que não vou em igreja. Mas a gente vai suportando aí, até vencer essa parada. Mas eu sei que Deus vai curar ela... Eu tenho fé.

*Fale um pouco sobre a sua relação conjugal? (Da sua vida de casado com ela)*

A gente é marido e mulher porque casamos né, e ela é a mãe dos meus filhos, mas outras coisas não, não, não, não tem mais isso aí, já faz muito tempo. Ela está doente e né, incomoda né. O homem sempre tem o prazer dele, mais a gente releva. Na verdade nós nunca fomos de abraçar muito não, porque... porque naquele tempo que eu casei com ela o negócio era diferente. Agora a parte íntima do casamento, o sexo, depois que ela adoeceu a gente controla né. Tinha que ser controlado porque tem período que sim outro não, se não controlar, o que que podia fazer na

vida né? Mas foi um problema bem grande pra mim. A gente era novo quando ela ficou assim, e eu sou homem, eu não procurava outra mulher, porque meu pai não me ensinou isso. Eu respeitava a bíblia, toda vida eu respeito o que fala na bíblia. Até que uma vez eu larguei de ser crente por isso, larguei de ser católico por isso. Assim, quando eu era da igreja católica o padre fazia reunião com nós e dizia que o homem tem que descarregar o corpo de 30 em 30 dias né, não pode ficar parado, tem que procurar uma mulher. Daí eu falei assim: “fala aí rapaz esse negócio pela que bíblia diz não adulterará né”, e sempre fui assim. Eu aguentava com Deus, e ia seguindo, mas era um sofrimento barbaridade para tolerar. Mas chega uma hora que a gente não aquece, eu era novo. E quando a gente é novo, não é brincadeira não, o corpo, a carne pede tudo quanto há, é desse jeito. Mas nunca pensei em separar dela, de jeito nenhum, eu casei foi com ela, tenho que zelar dela, porque foi essa a esposa que recebi lá no pé do padre, foi essa que eu recebi.

*Como você lida com as mudanças ocorridas no comportamento da sua esposa quanto à relação conjugal?*

Tem que ter muita paciência. Sempre gera conflito, não tem jeito, até gritar com ela tive que gritar, não tem jeito. A gente quer falar e não deixa, aí uns gritos ela sossega. As vezes nem tá falando dela, ela pensa que está falando dela. Quando esta atacada é assim. De repente ela está bem, daí um pouco ela entra em crise e a gente tem que ter o jeito da gente né. A gente pensa do jeito que é melhor e pensa “vamos fazer assim, assim, até dar certo”. Você não pode brigar com uma pessoa dessa, se maltratar é pior, isso é meu pensamento. Teve período que ela entrava em crise frequentemente, via coisa, falava coisa, aí eu já conhecia quando ela estava ruim então ia com calma, tateava com calma. Hoje com tantos anos de casado pra viver uma vida dessa, só Deus sabe.

*Transcrição das entrevistas – Cuidador 4*

*Há quanto tempo você cuida da sua esposa e como foi para você lidar com o início da doença?*

Olha eu vou falar, eu descobri mesmo já tem uns vinte e quatro anos. No começo foi assim, eu comecei a perceber que ela tomava banho muito demorado, era mais de três horas dentro do banheiro. Aí chegou um colega em casa e percebeu também a demora, daí ele falou assim pra mim: ela demora tanto assim dentro do banheiro? Isso não está certo, aí eu fui ver que não estava certo mesmo, aí eu já comecei a cuidar e me lembrei que isso já vinha acontecendo há uns dois anos antes. Até aí foi mais ou menos até o rapaz falar. Depois disso ela perdeu a filha dela, perdeu a irmã dela e foi acumulando aquilo lá e a turma me colocou na cabeça que ela tinha dado um problema. E lá onde nós morávamos uma menina morreu de dor de cabeça de repente. Aí os outros começaram a colocar na cabeça dela (da esposa) que foi o remédio que deram pra tirar a dor da cabeça da menina que matou ela. Daí minha mulher endoidou de vez. Isso foi muito sofrido pra mim. Mas eu venho lidando, porque tenho que ir me ajustando. Com ela tem que ter muita paciência, porque tem vez que, como agora mesmo, eu estava sem paciência já chegando do serviço e dormindo tarde. Daí ela não estava dormindo direito, se envolvia fazendo as coisas dentro de casa, na hora que eu estava pegando no sono ela batia o guarda roupa, mexia com uma coisa, mexia com outra e não tinha sono, ela dizia que estava preocupada. Estava com medo de eu largar dela e ficava naquele medo porque ela não tem pai, eu também não tenho. Mas isso não vai acontecer. Como é que eu vou deixar ela numa situação dessa? Mesmo que se ela tivesse boa de tudo eu não deixava e não deixo a gente convive a muitos anos junto. Ela já tomou muito remédio, parece que não adianta. Eu acredito que quem cura essas coisas (doença mental) mesmo é Deus. Tomar remédio e não tomar é a mesma coisa.

*Como você vivencia o fato de ser cuidador da esposa que se encontra em sofrimento psíquico?*

Minha obrigação foi essa, desde que ela adoeceu pela primeira vez, eu fiquei na responsabilidade de tudo, deixei de mão dos meus afazeres pra cuidar só disso tudo, tudo, tudo. Logo eu, não tenho esse negócio de vaidade, esse negócio pra mim não existe, eu não tenho disso, eu sou um camarada que só trabalha pra o alimento material e o alimento espiritual. Tudo é eu que cuido, então cuido tudo na hora, tem o relógio, comprei o relógio aí com despertador, agora não precisa mais, no começo precisava. Era difícil demais! Quantas vezes eu lá trabalhando, e eles chegavam e me diziam: “sua esposa não está boa tem que levar ela pro médico”. Ela foi internada muitas vezes, era eu que levava em um dia e depois de dois ou três dias voltar de novo. Isso foi um batidão, ali no hospital ela esteve quase morta. Eu não dormia, não alimentava direito, ficava meio perturbado. É difícil, a pessoa que cuida fica quase tão doente quanto o doente.

*Como você se sentiu depois de tornar-se o cuidador da sua esposa?*

Pra mim é uma nova experiência. De um lado é prazeroso a pessoa fazer, cuidar de uma pessoa assim, mais de outro lado é cansativo. Por um motivo de não ter uma ideia, de trocar uma ideia com a pessoa, como se diz, uma relação de conversas, troca uma ideia, conversa, de combina, sinto falta disso, de uma combinação: “vamos hoje fazer um churrasco?” E a pessoa responder: “vamos, vamos”, não tem isso, é eu que faço por minha conta e é aceitado, depois que tá feito também não tem problema. É, dessa comunicação, isso é o que eu falo, sou muito conversador, gosto de trocar uma ideia, gosto muito de cantar, sou um boêmio, eu sou uma alma livre, sou um cara bem espontâneo. Por sinal, vem gente aqui conversar comigo e por fim nem dou muita confiança porque certas coisas não são mais como era antes. Mas sou obrigado a dar a atenção porque é um ser humano. Eu sinto falta de muitas coisas em todos os sentidos, porque ela com esse problema que ela tem. Eu sofro porque ela era uma boa companheira. Ela (antes de agravar a doença) tinha uma mania de limpeza, era tudo arrumado, tudo engraçado, tudo esfregado, a roupa eu ia tirando ela vai botando tudo na máquina, eu não me preocupava com nada disso aqui, era tudo limpinho. Agora eu tenho de cuidar disso aqui tudo sozinho. Já até me deu uma dor nas cadeira (dor no quadril, nas costas), até me emociono em falar disso, porque é muito ruim (silêncio). Mas tudo bem, só estou querendo desabafar, né, certo, é bom eu me desabafar.

*Fale um pouco sobre a sua relação conjugal? (Da sua vida de casado com ela)*

A nossa intimidade (relação sexual) não é mais prazerosa do jeito que era, porque nem que ela fosse boa e eu bom também, não existe mais rentabilidade, porque eu com 71 anos de idade e ela fez 56. Nossa intimidades conjugal, acontece algumas vezes, dependendo do que a gente tá vivendo e dos dias que não tem certas coisas que incomoda, e dos filhos também. Se estamos sozinhos aqui em casa a gente vai pra cama se deita, né, tudo bem. Mas a intimidade não é assertiva mais, não tem assertividade. Mas ela é a mãe dos filhos, eu também estou de idade, então preciso muito de uma companheira e ela é minha companheira nunca me desrespeita, não me fez vergonha em nada nesse sentido, nunca me incomodou.

*Como você lida com as mudanças ocorridas no comportamento da sua esposa quanto à relação conjugal?*

É muito tranquilo, ela sempre foi muito obediente comigo. Se chega uma pessoa aqui em casa e ela não está bem, ela não vem aqui (na sala). Ela não perturba, ela não tem agressividade com

ninguém, não é pornográfica, não é obscena. As vezes ela tem uns ‘impulsos soltos’, um surto momentâneo, aí passa. No caso se eu digo: Nega faça aquilo assim e assim. Ela diz faço, pronto aí fica calada. Ou se ela pergunta: o que é pra fazer? Eu digo: tal coisa, faz assim, assim e assim, ela faz. As coisas tem caminhado nesse sentido, sem discussão. Só que com ela também não tem esse negócio de eu dizer: “não estou ouvindo o que você está falando”, porque se eu dizer isso vai irritar ela, vai perturbar ela, isso já faz parte do meu conhecimento, eu acho que eu sou uma pessoa digno, sinceramente, com todo respeito meu Deus, não estou me glorificando de viver como ser humano, eu tenho condição de ser capaz de fazer qualquer coisa pra ajudar o ser humano, qualquer coisa, por isso cuidar dela pra mim é um ato prazeroso. Em qualquer lugar que as pessoas que vê, vê que eu sou uma pessoa capaz de cuidar de uma pessoa.

#### *Transcrição das entrevistas – Cuidador 5*

*Há quanto tempo você cuida da sua esposa e como foi para você lidar com o início da doença?*

Eu cuido dela há uns dois anos pra mais. É tem dois anos, mais ou menos. O início foi bem difícil. O “trem” foi bem pesado mesmo, ela ficou tipo fora de si e voltou a ser, a ser igual criança. No começo o “trem” era bem feio (silêncio) ela surtava e via gente assim, já lembrava do tempo que era criança, o “trem” foi difícil no começo foi (silêncio). Tudo começou quando ela estava trabalhando daí passou mal, foi para o hospital e voltou pra casa com já isso (doente). O começo foi bem difícil. Eu achava que ela não ia melhorar mais não, daquele jeito lá... Aí passou, deu uma melhoradinha, foi melhorando, até melhorou mais um pouco. Só teve um dia que eu fiquei meio com medo dela não “voltar” (sair do surto), pensei assim: “vai que ela não volta”, aí fiquei meio apreensivo, assim meio pensativo, mas depois foi tudo bem.

*Como você vivencia o fato de ser cuidador da esposa que se encontra em sofrimento psíquico?*

Nós sempre vivemos bem, tinha nossas briguinhas, mais beleza, antes era normal, ela é uma pessoa muito boa e tal. Olha, eu sou uma pessoa calma, procuro saber tratar ela bem, saber conversar também. Ela é muito sensível, não pode falar nada... aí... (silêncio) hum...quando ela mesmo da hum... tipo, um ataque, ela faz coisa assim de criança, tem coisa tem que relevar né. O problema é que tem dia que eu me sinto muito cansado. A gente percebe que vai desgastando o “nervo” da gente as vezes vai perdendo a paciência. Mas eu procuro meio de voltar atrás e quando eu vou dormir eu peço a Deus que me dê paciência eu falo e fico pensando, se Deus quiser vai abençoar que ela vai melhorar. Deus está dando força... A verdadeira cura vem de Deus. Mas não vejo tudo como sofrimento não. Eu me sinto bem em cuidar dela também, sabe. Cuidar dela, ver que estou fazendo o melhor para cuidar dela me traz muita satisfação... posso até dizer que cuidar dela é de certa forma pra mim um serviço prazeroso.

*Como você se sentiu depois de tornar-se o cuidador da sua esposa?*

Eu gostava muito de sair, jogar bola, agora não vou mais. Eu já não vou mais em festinha. Tem vez que eu chamo ela pra sair, mas ela não vai, daí eu também não vou, é assim. Então eu fico do lado, e a gente vai vivendo do jeito que dá, é isso aí mesmo. Tenho dificuldade para dormir, eu não durmo, porque eu fico preocupado, porque enquanto ela não vai deitar eu não durmo, porque eu tenho que cuidar para ela tomar o remédio dela certinho. Aí, ela deita lá no sofá e fica lá demorando e dá meia noite e dá uma hora aí não vai deitar. Aí eu sou obrigado a ir lá e ajeitar ela. Aí ela vai deitar e eu vou dormir, senão eu não durmo. E isso tá prejudicando ela, e eu também. Eu falo: “eu tenho que trabalhar se não durmo como vou aguentar trabalhar o dia inteiro variando?” Aí se eu ficar meio atrapalhado no serviço é perigoso me machucar. No final

de semana eu cuido das coisas de casa, agora no meio de semana quem faz é minha sogra, tinha que lavar roupa, fazer almoço pra mim. Tinha vez que eu chegava, ela estava dormindo. Não sei se é por causa do remédio, ela dormindo variava assim de dia. Minha sogra tinha que fazer tudo. Muitas vezes eu tinha que ter paciência de jó, tinha que ter muita paciência. Até hoje tenho que ter muita paciência, até hoje, muita paciência, porque tem hora que ela ignora dentro de casa, as vezes por qualquer motivo ela ignora, e fala, e fala, eu me controlo e vou sobrevivendo.

*Fale um pouco sobre a sua relação conjugal? (Da sua vida de casado com ela)*

Hoje tá melhor, mas no começo foi bem difícil. Hoje ela tá quase normal, tirando os dias que ela acorda meia... tem vez que ela acorda meio variando das coisas, daí ela pede abraço e carinho. Mas não era bem o tipo de carinho e abraço que ela queria, na verdade ela queria era atenção. Tinha que dá atenção pra ela. Quando ela não queria mais a minha atenção ela queria atenção da mãe. As vezes eu estava lá no serviço ela ficava “doida” aqui em casa, tipo sei surto, sei lá o que era, eu tinha que vir. Tinha vez que ela falava: “cadê a minha mãe, cadê minha mãe?” Minha sogra tinha que vir, ficar bem apegada a ela mesmo. Nossa vida sexual nessas épocas que ela estava mais atacada não acontecia não. Só foi bem mais passado, de um tempo pra cá eu fiquei mais tranquilo. Por ser um cara, um cara tranquilo, não dava muito importância pra essas coisas não, sou sossegado (silêncio) foi tranquilo. No começo eu fiquei meio pensando o que eu ia fazer, eu pensava será o que vai acontecer com nosso casamento? Mas passou o tempo ela foi melhorando um pouco. No começo foi muito pesado, não era normal (silêncio) e a gente casado vivendo com isso. Mesmo assim, jamais, nunca, (silêncio) pensei em abandonar ela. Uai isso é um “trem” que acontece, mais passa. Tinha vez que ela ficava querendo só eu agarrado do lado dela, pra dar carinho, beijo, abraço, tem que ficar né? Então como eu falei, eu largar minha esposa eu não largo, ainda mais porque sou eu que zelo dela. Toda vida eu vi assim: “eu tenho que zelar dessa mulher, tenho que zelar”.

*Como você lida com as mudanças ocorridas no comportamento da sua esposa quanto à relação conjugal?*

No início já aconteceu de eu estar trabalhando e ela está em casa lavando roupa e de repente, tipo surtar, e ela tirar a roupa todinha, ficava pelada na área da casa, se não é minha sogra segurar, ela tinha saído pra rua daquele jeito (silêncio) assim do nada, muitas vezes. Teve uma época que a loucura dela era demais. Muitas vezes ela saía pra rua sozinha e eu tinha que sair procurando ela e trazer ela de volta pra casa, entende? E não era fácil, ela ficava muito braba agressiva, entende? Daí eu convencia ela vir embora. Mas o mais difícil mesmo pra mim, era vê ela em algumas situações. Assim, o senhor sabe, a pessoa louca não liga muito pra certas coisas, várias vezes eu encontrava ela, nessas vezes que ela fugia pra rua sozinha, sabe, numa situação muito difícil pra mim (silêncio), eu encontrava ela sem roupa, toda nua. Ver ela naquela situação, me deixava muito constrangido, entende?

*Transcrição das entrevistas – Cuidador 6*

*Há quanto tempo você cuida da sua esposa e como foi para você lidar com o início da doença?*

Há Tenho doze anos e foi bastante difícil o começo. Nós estávamos tratando dela lá em Mineira como que fosse lúpus, ela tem uma mancha, estado nervoso né e nós não estávamos descobrindo. O médico tratava de um jeito, tratava de outro, e aí foi lá que detectou que era lúpus. Aí deu remédio para lúpus e vai, vai, vai daqui dali e nunca melhorava, só piorava. Os remédios que ela estava tomando estava não estava resolvendo nada, cada dia ela estava ficando

pior. Depois voltei lá, depois de muito tempo, depois de 5 anos por aí, pedi pra poder mudar os remédios, então o médico pediu para fazer novos exames, daí então descobriu que era o problema psicótico né. Aí teve que procurar um psiquiatra, tomar os remédios daquilo ali (transtorno mental) e nesse intervalo ela engravidou. Depois da gravidez ela esqueceu um pouco da doença né, e deu uma melhorada, aí ela deu uma melhorada aí e tal e passamos a cuidar dela. Agora de vez em quando está dando uma crise, daí vim aqui agora e descobrimos com o doutor aqui, que está cuidando agora, aí melhorou bem o estado dela.

*Como você vivencia o fato de ser cuidador da esposa que se encontra em sofrimento psíquico?*

É bastante cansativo porque tem que digamos desgastante. É que a gente talvez, digamos que a pessoa que está cuidando sofre mais que o doente. Tem que ter paciência. Tem hora que ele fala coisa com coisa, xinga a gente, fala mal da gente, a gente tem que tolera tudo. Só ela fala, a gente tem que só escutar. Aí também na hora que dá a crise, pra organizar a casa, ela em vez de ajudar, ela faz é mais bagunça e tem que sair arrumando de novo. Olha quando “ataca”, eu tenho que fazer tudo: almoço, limpar casa. Isso tudo é obrigação que ela fazia e que agora sou que tenho que fazer. Pra colocar uma pessoa de fora (funcionária do lar) tem que explicar os motivos todos, aí fica mais difícil de fazer isso. Explicar pra pessoa o que está se passando com ela, pra mim é mais constrangedor do que pra ela. É pior do que eu pegar e fazer. Também tem a questão do preconceito das pessoas com aquelas que sofre com transtorno mental. Tive que cortar alguns amigos. Tem aquelas pessoas que não entendem e tem que pegar e ir se afastando. A gente fica, digamos que a gente prevê né, mas é só a gente evitar, deixar de levar em algum lugar que pode causar vexame, então a gente já não vai, já deixo de ir.

*Como você se sentiu depois de tornar-se o cuidador da sua esposa?*

Sinto vergonha quando ela está bem atacada mesmo, se sente cansado e fica se sentindo preso dentro de casa pra ficar cuidando dela e não poder sair nem pra buscar um algo pra comer né. Agora está mais fácil porque hoje em dia tem telefone e tudo, mas no começo era mais difícil, tinha o dinheiro mas não tinha como buscar as coisas porque não tinha como levar ela. Tinha que ficar cuidando e tinha que esperar vir alguém pra poder ajudar a gente. Às vezes me sinto exausto sabe? Tem hora que a gente fica mais doente que o doente ainda, tem que pedir muita força a Deus força pra dar uma força, engolir tudo e ficar quieto, deixar pra lá. Já pensei em interná-la, mas é muito dolorido né? Quer dizer, digamos que a gente sabe que é passageiro isso aí né (a doença), e se interna e depois ela vai acabar com aquela mágoa da gente. Daí vai dizer: “você podia ter cuidado de mim”, e você não fez, então a gente prefere sofrer um pouco ali e pedir a Deus que passe logo essa crise e continuar tudo bem. Então eu não penso em separar dela não, diz lá na hora do casamento: “juro na alegria e na tristeza, saúde e na doença, na dor em Cristo suportar”. Tem vez que a pressão da gente sobe, vem aquela ansiedade e mas não podemos fazer nada. É deixar ela falar, e cuidar pra não deixar se machucar. Olha bem, tem vez lá em casa que passo a noite acordado cuidando dela. Olha, eu tinha um escritório de contabilidade e fui obrigado a parar porque não tinha como administrar as duas coisas, cuidar do escritório e cuidar dela ao mesmo tempo.

*Fale um pouco sobre a sua relação conjugal? (Da sua vida de casado com ela)*

Eu digo que nossa vida de casado, como os outros casais que vivem por aí eu digo que está ruim. Só que não pode falar nada, ficar quieto porque se falar pra ela é um problema, tem que falar que tá tudo bem. Tipo, parei de falar porque eu queria parar né, não pode jogar a culpa pra cima dela, tenho que ficar tranquilo. Mas assim, sobre o amoroso, tipo sobre sexo, esse tipo de

coisa eu mesmo estou dando um tempo para ela, embora pra mim isso não é muito normal, mas eu entendo o tempo dela. Lá em vez em quando, isso aí acontece, mas não é como acontecia. Tem dia que ela tá boa, tem dia que não quer nada com nada. Tem que passar a entender ela, tem que deixar passar. Tem que ser do jeito dela. Não quer, não quer. Quando ela está em crise não tem nada (sexo), aí tem que suportar, esperar, dá uma parada. Agora abraçar, as vezes a gente se abraça e se beija (choro) eu me emociono porque tem coisa que é ruim pra gente falar. Tem hora que ela pensa que não gosto mais dela, mas eu gosto (choro), fica o peso, fica o peso no peito da gente, trava a garganta, porque eu procuro fazer o melhor pra ela.

*Como você lida com as mudanças ocorridas no comportamento da sua esposa quanto à relação conjugal?*

É coisa que é até difícil de explicar porque a gente vai vivendo assim e vai levando e digamos que a gente vê que não é tudo aquilo que tem que não tem valor naquela hora. Digamos que se fosse uma coisa que uma cirurgia ou um remédio que tomasse sarasse por toda a vida seria bem mais fácil, a gente dava um jeito. Mas o problema dela a gente sabe que é assim, uma hora está boa, na mesma hora que está boa já passa mal. Então tem que estar preparado, que na mesma hora digamos que se está alegre a gente pode ter uma surpresa. A minha família não mora aqui, a família dela é assim, dá muito pouco poio porque ela ficou sem mãe cedo, e o pai dela não se importa muito com ela. Hoje quem está com ela sou eu e uma vizinha lá perto que muito amiga dela, essa vizinha é muito religiosa, que ajuda muito né. Mas no geral quem tem que lidar com as atitudes dela, com os problemas dela sou eu, tenho que aprender lidar, digamos que estou aprendendo.